

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 123

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

DU

# TRAITEMENT DES DACRYOCYSTITES

PAR LES MÉTHODES D'ABOUCHEMENT DU SAC AU MÉAT MOYEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Juillet 1907

PAR

**Antoine-Paul-Emile JUDE**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Coutures-sur-Drot (Gironde), le 24 décembre 1881.

|                        |   |            |                             |                     |                 |
|------------------------|---|------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. BADAL, | professeur.....             | } <i>Président.</i> |                 |
|                        |   | POUSSON,   | profes <sup>r</sup> adjoint |                     |                 |
|                        |   | RONDOT,    | agrégé.....                 |                     | } <i>Juges.</i> |
|                        |   | CABANNES,  | agrégé.....                 |                     |                 |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX  
IMPRIMERIE Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLÈRE, 17

1907







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 123

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

• DU •

# TRAITEMENT DES DACRYOCYSTITES

PAR LES MÉTHODES D'ABOUCHEMENT DU SAC AU MÉAT MOYEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

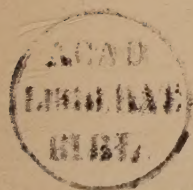
présentée et soutenue publiquement le 26 Juillet 1907

PAR

**Antoine-Paul-Emile JUDE**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Coutures-sur-Drot (Gironde), le 24 décembre 1881.



Examineurs de la Thèse

|   |            |                             |                     |                 |
|---|------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| { | MM. BADAL, | professeur.....             | } <i>Président.</i> |                 |
|   | POUSSON,   | profes <sup>r</sup> adjoint |                     | } <i>Juges.</i> |
|   | RONDOT,    | agrégé.....                 |                     |                 |
|   | CABANNES,  | agrégé.....                 |                     |                 |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX  
IMPRIMERIE Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

## PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.  
MASSE..... }

|                                                 | MM.                                    |                                                       | MM.        |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|
| Clinique interne.....                           | PICOT.<br>PITRES.                      | Physique biologique et<br>électricité médicale...     | BERGONIÉ.  |
| Clinique externe.....                           | DEMONS.<br>LANELONGUE.                 | Chimie.....                                           | BLAREZ.    |
| Pathologie et thérapeu-<br>tique générales..... | VERGELY (en congé)<br>MONGOUR (chargé) | Histoire naturelle.....                               | GUILLAUD.  |
| Thérapeutique.....                              | ARNOZAN.                               | Pharmacie.....                                        | DUPOUY     |
| Médecine opératoire...                          | VILLAR.                                | Matière médicale.....                                 | DE NABIAS. |
| Clinique d'accouchements...                     | LEFOUR.                                | Médecine expérimentale.                               | FERRE.     |
| Anatomie pathologique.....                      | COYNE.                                 | Clinique ophtalmologique                              | BADAL.     |
| Anatomie.....                                   | N.                                     | Clinique chirurgicale infantile et<br>orthopédie..... | DENUCE.    |
| Anatomie générale et histologie                 | VIALT.                                 | Clinique gynécologique.                               | BOURSIER.  |
| Physiologie.....                                | JOLYET.                                | Clinique médicale des<br>maladies des enfants.        | MOUSSOUS.  |
| Hygiène.....                                    | LAYET.                                 | Chimie biologique.....                                | DENIGES.   |
| Médecine légale.....                            | LANDE.                                 | Physique pharmaceutique.....                          | SIGALAS.   |
|                                                 |                                        | Pathologie exotique....                               | LE DANTEC  |

## PROFESSEURS-ADJOINTS :

|                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....        | MM. DUBREUILH. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....              | POUSSON.       |
| Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.... | MOURE.         |
| Clinique des maladies mentales.....                         | RÉGIS.         |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

|            |             |
|------------|-------------|
| MM. HOBBS. | MM. VERGER. |
| MONGOUR.   | ABADIE.     |
| CABANNES.  |             |

## SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

|                      |                                      |                 |                           |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Pathologie externe { | MM. CHAVANNAZ.<br>BEGOUIN.<br>VENOT. | Accouchements { | MM. FIEUX.<br>ANDERODIAS. |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|

## SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

|                 |                         |                  |                           |
|-----------------|-------------------------|------------------|---------------------------|
| Anatomie..... { | MM. GENTES.<br>CAVALIE. | Physiologie..... | MM. GAUTRELET.<br>BEILLE. |
|-----------------|-------------------------|------------------|---------------------------|

## SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

|             |            |                |            |
|-------------|------------|----------------|------------|
| Chimie..... | M. BENECH. | Pharmacie..... | M. BARTHE. |
|-------------|------------|----------------|------------|

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| Pathologie interne.....        | MM. RONDOT. |
| Accouchements.....             | ANDERODIAS. |
| Physiologie.....               | GAUTRELET.  |
| Ophtalmologie.....             | LAGRANGE.   |
| Hydrologie et minéralogie..... | BEILLE.     |

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qu'il lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

---

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

---

A MON PÈRE

---

A MES PARENTS — A MES AMIS



*A mon Président de Thèse,*

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

*Professeur de Clinique ophthalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux*

*Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris*

*Chevalier de la Légion d'honneur*

*Officier de l'Instruction publique.*



## INTRODUCTION

---

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser à nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux et des Hôpitaux l'expression de notre très vive reconnaissance. C'est à eux que nous dédions surtout les pages qui vont suivre de ce modeste travail inaugural. Nous regrettons que sa valeur ou son intérêt scientifique ne soient pas dignes de l'enseignement qu'ils nous ont si généreusement donné. Dans tous les cas, il sera le témoignage de l'estime profonde et de la gratitude que nous avons pour eux.

Nous avons commencé notre stage dans les services de MM. Pousson et Davezac. Si les premières impressions éprouvées au début de la carrière sont les plus durables, nous garderons longtemps le souvenir de leur amabilité et de la sympathie profonde qu'ils nous ont témoignée.

Durant nos années d'externat, nous avons successivement traversé le service de M. le docteur Monod et ceux de MM. les professeurs Demons et Pitres.

Chez M. le docteur Monod, nous avons été accueilli avec une affabilité que nous n'oublierons jamais. Il a été pour nous non seulement un maître mais aussi un ami.

Dans le service de M. le professeur Demons, nous avons pu apprécier ce que le savoir, l'habileté et l'amabilité d'un maître peuvent inspirer de sympathie de la part de ses élèves.

Enfin chez M. le professeur Pitres, nous avons terminé notre externat. Nous y avons trouvé un accueil bienveillant et les précieux conseils qu'il ne nous a pas ménagés nous permettront de

songer souvent dans l'avenir au maître qui nous les a prodigués. Nous adressons aussi à MM. Verger et Abadie, qui nous ont donné dans ce dernier service tant de preuves d'intérêt et de bienveillance, l'hommage de notre très sincère amitié.

Au docteur Aubaret, qui nous a fourni dans cet ouvrage de si nombreux documents et qui ne nous a pas ménagé ses conseils éclairés sur un sujet qui l'intéresse d'une façon particulière, nous sommes heureux aujourd'hui d'exprimer notre profonde reconnaissance et de l'assurer que nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous.

L'élaboration de ce travail nous a fourni l'occasion, au terme de nos études médicales, de nous mettre au courant de certaines questions d'ophtalmologie. Dans le service de M. le professeur Badal que nous avons suivi, ces derniers temps, avec beaucoup d'intérêt, nous avons pu nous rendre compte que de nombreux points de pratique oculaire sont indispensables à tout futur praticien. Grâce à l'amabilité du savant maître de la clinique d'ophtalmologie de la Faculté de Bordeaux, nous sommes heureux d'avoir profité avant notre installation de ces précieux enseignements.

Nous ne saurions, en outre, trop le remercier d'avoir accepté la présidence de notre thèse et nous lui en exprimons notre vive gratitude.

Enfin, à tous nos amis et camarades, à tous ceux qui se sont intéressés à nous au cours nos études, nous adressons l'expression de notre très vive sympathie.

---

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE

DU

# TRAITEMENT DES DACRYOCYSTITES

Par les méthodes d'abouchement du sac au méat moyen.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

A propos de la cure des dacryocystites par la trépanation de l'os unguis, nous avons cru devoir rechercher nous-même tous les documents relatifs aux interventions qui ont été faites dans ce but.

Au lieu de nous contenter des citations éparses dans les divers travaux parus sur ce sujet, nous avons puisé directement aux sources. Il nous a paru, en effet, que la critique historique présentait un grand nombre de points assez confus.

Dans une communication récente, MM. Lagrange et Aubaret ont déjà fait remarquer combien certaines erreurs pouvaient facilement se transmettre et se perpétuer.

C'est ainsi que, alors que la conception des Anciens était de détruire l'unguis pour enlever un os carié et pour ouvrir un abcès vers les fosses nasales, la conception moderne, toute différente dans son but et même dans sa technique, cherche à établir une voie nouvelle et artificielle aux larmes.

Nous avons cru intéressant, à la suite de ce travail, d'élucider davantage certains détails importants et, à l'aide des documents nombreux que nous avons pu recueillir, il nous sera facile d'établir un historique plus conforme à la vérité.

On trouvera dans cette première partie de notre étude certains éléments que nombre d'auteurs contemporains et modernes ont reproduits d'une façon erronée, rétablis dans une forme qui nous semble plus logique et plus vraie.

A ce point de vue, nous diviserons notre étude historique en deux parties :

1<sup>re</sup> Période ancienne, depuis la médecine et la chirurgie grecques jusqu'à la découverte de l'anatomie et de la physiologie des voies lacrymales.

2<sup>re</sup> Période moderne, depuis cette importante découverte, jusqu'à nos jours.

I. PÉRIODE ANCIENNE. — Il y a longtemps que cette méthode était pratiquée chez les anciens Grecs. Mais peu de travaux ont été écrits sur ce sujet. On le comprend aisément, car les « guérisseurs d'ægilops », comme on les appelait alors, étaient des médecins errants, parcourant les villes et les campagnes. Leur but était de perforer l'os unguis, mais pour y arriver, chacun d'eux avait un procédé différent. Gallien (1) nous apprend « que quelques-uns des Anciens ont poussé la cruauté jusqu'à verser du plomb fondu avec un entonnoir sur l'os carié ».

Archigène, le premier, nous décrit sa méthode. Il pratiquait une ouverture à l'os unguis *cum tenui perforato terebello* et il cherchait à assurer le maintien de cette ouverture créée par le trépan, en cautérisant avec le fer rouge.

---

(1) Galien, *De compend. pharmac. sec. locos*, lib. V, cap. 2.

Plus tard, nous lisons dans Paul d'Egine : « Il en est qui se servent d'un trépan pour diriger les larmes (1) et le pus dans la narine. Quant à nous, nous nous contentons de la cautérisation et nous brûlons avec des cautères à bouton propres à l'ægilops, jusqu'au point de détacher une lamelle ».

Galien nous rapporte aussi que : « quelques-uns, au lieu de cautériser, perforent l'os avec un trépan perpendiculairement au nez ».

Le traitement de la fistule lacrymale par la perforation de l'os unguis est donc bien, on le voit, une méthode antique.

Mais, si les Anciens agissaient ainsi, c'est dans un tout autre but que celui que nous nous proposons actuellement.

Nous empruntons à MM. Lagrange et Aubaret (2) le passage suivant, qui montre bien qu'ils partagent notre avis :

« En réalité, il s'agit d'un mode d'évacuation pour le pus provenant de l'ægilops. Dans l'Antiquité, on supposait en effet que la carie de l'os unguis était la cause de l'interminable suppuration de l'ægilops (3). D'où le conseil répété par Galien, Paul d'Egine et Celse, de cautériser avec le fer rouge jusqu'à l'os et de ne pas craindre de détruire l'os par le feu, conseil sur lequel insistait Desmarres. Or c'est là un point essentiel sur lequel il importe d'insister. Archigène et les Anciens ne voulaient nullement créer une voie nouvelle au pus ou aux humeurs conjonctivales, puisqu'ils ignoraient totalement le trajet de la voie habituelle des larmes. Ces cautérisations profondes, ces perforations multiples devaient favoriser l'exfoliation. *Discident enim squamæ et sanabuntur* ».

---

(1) Le mot larmes ainsi traduit pourrait suggérer l'idée que ce procédé avait pour but de créer une voie artificielle. Or nous croyons, avec beaucoup d'auteurs, que les mots grecs et latins employés ne signifient pas larmes. D'ailleurs, nous trouvons ce mot remplacé par les uns par « l'eau », et par d'autres par « l'humeur ». Le mot larmes est dans tous les cas celui qui traduit le plus mal la pensée des Anciens.

(2) Lagrange et Aubaret, *Contribution historique et clinique au traitement des dacryocystites par la création d'une voie trans-unguéale*. Société franç. d'ophtalmologie, Congrès de mai 1907.

(3) L'ægylops est la tumeur lacrymale plus ou moins enflammée

Consacrée successivement par Celse, Galien, Paul d'Egine, cette méthode a été transmise par les Arabes aux chirurgiens du moyen-âge. Nous retrouvons à cette époque, J. de Vigo et Gilles de Saluet, usant des mêmes procédés et perforant l'os unguis *ut sanies per nasum fluat*.

L'anatomie et la physiologie des voies lacrymales n'ont fait aucun progrès, et, si nous en voulons une preuve, nous la trouvons dans la citation de Bienvenu de Jérusalem, citée par Pansié (1).

« Nous, Bienvenu de Jérusalem, à qui le Christ a donné la vraie expérience et connaissance de toutes les infirmités des yeux, nous disons que les larmes sortent par le point des paupières qui est à côté du nez, lequel point est appelé lacrymal. Semblablement, elles sortent de la paupière supérieure comme de l'inférieure et il y a deux pertuis, à savoir un à chaque paupière. Si vous voulez vous en assurer et quitter l'erreur des Anciens, regardez en le grand lacrymal, à l'extrémité pointue de la paupière, là où finissent les cils, vous trouverez un pertuis d'où sortent les larmes. Un semblable pertuis existe à la paupière supérieure... Les larmes qui sortent par la paupière inférieure viennent du cœur, quand quelqu'un a grande douleur...; celles qui viennent de la paupière supérieure procèdent du cerveau, à cause de quelque corruption ou abondance des humeurs ».

En effet, il nous faut arriver à Fallope, au xvi<sup>e</sup> siècle, pour connaître l'anatomie des voies lacrymales. Le premier, il nous en donne une description complète. Mais la vérité physiologique n'est pas encore trouvée.

D'après Malgaigne, ce serait Antoine Maître-Jean, en 1701, qui le premier en aurait eu l'idée (2).

---

(1) Pansié, Cf. Encyclopédie française d'ophtalmologie de Lagrange et Valude, article : *Histoire d'ophtalmologie*, I.

(2) Maître-Jean, *Traité des maladies de l'œil*, 1740. Nous apprenons de Maître-Jean lui-même que ce traité fut écrit en 1701. Parlant d'une dame qu'il aurait opérée, il dit : « Cette dame vint me consulter en 1701, époque à laquelle j'écris ce traité ». — *De l'ægilops ou fistule lacrymale*, ch. V.

Il ne nous semble pas, après avoir bien étudié son chapitre de l'ægilops, pouvoir tirer une pareille conclusion. Plus avancé que les Anciens, il connaît bien les voies lacrymales, mais il paraît croire que les larmes sont sécrétées par le sac. Cela ne l'empêche pas, du reste, de formuler nettement la pathogénie des tumeurs lacrymales. Il s'éloigne des Anciens qui attribuaient à la carie de l'os unguis la cause de l'interminable suppuration de l'ægilops.

« On accuse ordinairement l'os unguis, nous dit-il, d'être carié dans les fistules lacrymales, ce qui n'est pas toujours vrai, et lorsqu'il l'est, ce n'est que secondairement. Les tumeurs lacrymales cachées sont le plus souvent causées par la nature même des larmes qui s'amassent dans le sac lacrymal, à cause de quelque obstruction de ses conduits, et qui, par leur séjour, s'échauffent et s'aigrissent, excorient ou ulcèrent légèrement la superficie interne de ce sac et forment une petite éminence ou tumeur de la grosseur d'un pois au plus, qui, étant pressée, se vide ou du côté de l'œil ou par le canal nasal, quand l'humeur contenue est assez fluide pour pouvoir passer par ces conduits ou que ces conduits sont assez ouverts pour la laisser écouler si elle est plus épaisse ».

Il distingue deux espèces de tumeurs qui ne doivent pas être traitées de la même façon : les séreuses et les purulentes. Pour les premières, il se contentera d'émollients et pour les secondes, lorsque l'os unguis sera carié, il revient à l'opération des Anciens.

En effet, après avoir constaté que, quand « la carie est fort humide ou que l'os découvert se trouve exostosé, la rugine ne peut être employée, à cause du peu d'étendue du lieu et du voisinage de l'œil », il conseille de se servir du feu. « Par ce dernier, dit-il, en brûlant l'œil, on le dessèche fortement en sa partie saine et on consomme en même temps ce virus malin qui réside dans l'os carié ».

Voici quelle est sa manière d'opérer :

« On introduit dans la fistule et jusqu'à l'os une canule de fer ou d'argent faite en manière de la douille d'un petit entonnoir

et qui, autour de sa partie supérieure, a un petit bord aplati et large d'environ le travers d'un doigt, avec un petit manche pour la tenir : on pousse au travers de cette canule une ou deux fausses mèches de linge pour épuiser le sang ou les humidités, afin qu'elles n'émoussent point l'action du feu et qu'étant échauffées, elles ne brûlent point les chairs voisines, ce qui pourrait exciter une grande inflammation de l'œil; et, en retirant la fausse mèche on plonge en même temps par la canule un petit cautère bien rouge qu'on appuie à plat sur l'os, et son action étant passée, on le retire et on ôte aussi la canule que l'on trempe dans de l'eau pour la refroidir; l'ayant essuyée promptement, on l'introduit derechef dans la fistule, et on plonge dedans un second cautère comme dessus, ce qu'on réitère deux ou trois fois selon la grandeur de la carie. Et l'os étant ainsi bien cautérisé et desséché, on remplit la fistule de charpie sèche que l'on couvre d'un petit linge.

» Il faut observer que lorsque c'est l'os unguis qui est carié, on le perce ordinairement en le brûlant; ainsi la fistule se trouve alors ouverte du côté du nez : d'où vient que l'on dit qu'en faisant cette opération l'on convertit la fistule interne en une externe; mais cette fistule interne n'apporte point d'incommodités sensibles; parce que le tour de l'os se couvre d'une chair subtile qui se cicatrise d'un côté avec la membrane qui forme le sac lacrymal qui reste entière, et de l'autre avec la membrane glanduleuse qui revêt la partie interne du nez, et que tout ce qui peut s'écouler par ce nouveau trou ne sont que les humeurs qui sont dans le sac lacrymal qui, pour être naturelles, ne causent aucune mauvaise odeur.

» Il faut encore remarquer que dans cette rencontre, il reste souvent deux trous qui du sac lacrymal se communiquent dans le nez, celui dont je viens de parler et le trou lacrymal qui est naturel.

» Je me crois obligé d'avertir qu'après ces opérations, quoique l'ouverture extérieure soit bien cicatrisée, il reste souvent un écoulement d'humidités par le coin de l'œil, quelquefois par le nez, qui subsiste plus ou moins, selon que les malades sont

d'un tempérament plus ou moins humide et sujets aux fluxions ».

Maître-Jean semble donc avoir voulu réellement créer une voie nouvelle aux larmes. Mais il ignore encore d'où proviennent ces dernières.

II. PÉRIODE MODERNE. — L'idée première, nous disent MM. Aubaret et Lagrange, de la création d'une voie artificielle aux larmes, basée sur une physiologie plus exacte de l'appareil lacrymal, semble appartenir à Woolhouse. Nous lisons, dans une intéressante note de Malgaigne : « Le procédé de Woolhouse se trouve spécialement décrit dans une thèse soutenue par Platner, en 1724, *De fistula lacrymale*. Platner, à la vérité, a reproduit aussi ce procédé dans sa *Chirurgie*, mais avec moins de détails et, ce qui est très singulier, sans l'attribuer cette fois à l'oculiste anglais. Woolhouse lui-même n'a rien écrit sur ce sujet.

« Je dois faire ici une remarque qui paraîtra assez curieuse, c'est que le procédé de Woolhouse n'a été, depuis Platner, bien décrit nulle part. Sabatié même l'a reproduit inexactement. Avant de perforer l'unguis, Woolhouse enlevait complètement le sac lacrymal ».

Voici comment il procédait :

« Le premier temps de l'opération achevé, Woolhouse perforait l'unguis, mettait dans le trou des tentes le premier jour ; puis, quand la plaie était bien nettoyée, il remplaçait les tentes par une canule en or, en argent ou en plomb, de six à huit lignes de longueur, selon la conformation du nez, légèrement conique et munie, à son orifice extérieur, d'un rebord assez large pour affaisser les chairs qui auraient pu s'élever dans le sac lacrymal. Cette canule, mise en place, à l'aide de l'introduction d'un stylet et de fréquentes injections, il dirigeait les conduits lacrymaux vers le nouveau conduit, et quand les larmes commençaient à prendre cette voie, il substituait à cette première canule, une seconde de même longueur, également conique, mais sans rebord à son ouverture. Puis il cicatrisait la plaie extérieure et pendant quelques mois il faisait porter à ses

malades un compresseur pour maintenir la canule en place. Si elle venait à tomber par la suite dans les narines, la voie nouvelle était faite et ne laissait point à craindre de récidives ».

Woolhouse, comme on le voit, créait réellement une voie nouvelle aux larmes et s'inquiétait de la conserver.

En 1757, de Saint-Yves, dans son *Nouveau Traité des maladies des yeux*, nous parle du traitement de la fistule lacrymale par un procédé qu'il emploie depuis longtemps déjà.

Après avoir fait remarquer que le procédé de Woolhouse s'accompagnait de l'érailement et du renversement des paupières, à cause de la section du tendon de l'orbiculaire, il conseille de l'éviter. Puis il indique son procédé opératoire :

« Après avoir fait l'incision, on prend alors ses mesures avec un stylet pour reconnaître le bas de l'os unguis altéré ; l'ayant reconnu, on tiendra le stylet ferme sur l'endroit et on introduira la canule par le haut de ce stylet, la faisant descendre jusqu'à l'extrémité où il porte.

» Ayant bien assuré la canule, il faut retirer le stylet et prendre le bouton de feu que l'on fera pousser dans la canule le plus vite possible en l'appuyant sur l'endroit qu'on voudra cautériser. Aussitôt que l'os est percé, il faut retirer le bouton de feu et la canule presque en même temps.

» Si le sang coule par le nez, c'est une preuve que l'opération est bien faite, aussi bien que si l'air sort par la plaie lorsque le malade serre le nez et fait en même temps des efforts pour se moucher.

» On y met une tente d'une longueur suffisante qu'on retirera au bout de trois jours. On aura alors un tuyau de plume ouvert par les deux bouts pour l'introduire dans la plaie jusque sur l'os que l'on a percé.

» Il faut une autre tente dont on trempera l'extrémité dans un caustique liquide et on l'introduira dans le tuyau de plume. Le lendemain, on en mettra une plus grosse et on continuera en augmentant jusqu'à ce qu'on en puisse introduire une un peu moindre qu'une grosse plume à écrire. Au bout de quelque temps, on retire la tente et la plaie se referme. Par ce moyen,

l'œil demeure en tel état, qu'il y a des personnes auxquelles on ne saurait presque s'apercevoir qu'elles aient eu des fistules lacrymales ».

Il semble que de Saint-Yves ne s'en soit pas toujours tenu à la méthode qu'il donne dans son ouvrage, car Scobinger a donné à Bâle, en 1730, une dissertation sur la fistule lacrymale dans laquelle il décrit une nouvelle méthode due à ce dernier auteur.

« Après avoir incisé le sac, nous dit-il, M. de Saint-Yves soutient la tête du malade d'une main, et de l'autre il perce obliquement l'os unguis du côté du nez avec l'extrémité d'une sonde forte ou avec la pointe d'un trois-quarts. En faisant cette opération, on doit bien prendre garde : 1° à la situation de l'os unguis afin de ne pas percer à sa place l'os planum, et 2° on dirigera l'instrument de telle manière que sa pointe se trouve au milieu du nez, entre les deux lames des os spongieux, sans blesser ni l'une ni l'autre. On s'attache ensuite à conserver la nouvelle voie à l'aide d'une petite tente de bois de figure conoïde. Les jours suivants, on se sert de tentes de linge ciré qu'on augmente jusqu'à la grosseur d'une plume à écrire. On assure que le conduit persiste toujours longtemps après par cette méthode ».

Vers la même époque, Heister (1) nous raconte qu'un chirurgien de Hambourg avait modifié cette méthode. « On a dit ci-dessus, dit-il, que, dans les fistules imparfaites ou qui n'ont point d'ouvertures externes, il fallait commencer par ouvrir la peau avec le bistouri avant que de percer l'os unguis. Un chirurgien de Hambourg, pour abrégér l'opération et la rendre moins douloureuse, a proposé de percer tout à la fois et d'un seul coup la peau, le sac et l'os unguis avec un instrument particulier propre à cet usage ».

Nous trouvons encore, dans les *Mémoires de l'Académie royale des Sciences*, en 1729, une nouvelle méthode pour guérir les fistules lacrymales dont Lamorier est l'inventeur. « Voici sa manière d'opérer : Il fait, comme à l'ordinaire, une incision suf-

---

(1) Heister, *Institution de chirurgie*, II, chap. LIV.

fisante au sac lacrymal avec le bistouri et passe ensuite par cette ouverture une sorte de pince à bec pointu et recourbé avec lequel il perce l'os unguis jusque dans la cavité du nez. Pour augmenter le trou qu'il juge devoir être assez grand afin d'être moins exposé à se fermer, ce qui arrive souvent, il dilate un peu sa pince au moyen de quoi il fait un délabrement plus considérable à l'os unguis et à la membrane interne du nez. Les premiers jours, il panse la plaie avec de la charpie et un digestif, le trois ou le quatre, il met dans le nouveau canal, à la place de la tente, une petite bougie de la grosseur au moins d'un tuyau de paille, un peu recourbée et terminée à son extrémité par une petite tête. Il veut qu'on lui laisse pendant trente-cinq ou même quarante jours, jusqu'à ce que le nouveau canal soit parfaitement formé; ensuite, on retire la bougie et on consolide enfin la plaie. Il assure que, par sa méthode, on entretient le canal toujours ouvert et qu'on prévient à coup sûr une nouvelle concrétion ».

En 1735, Monro pensa qu'on perforait l'os unguis dans un point trop élevé du canal lacrymal et qu'il ne fallait pas s'étonner si des larmes s'écoulaient difficilement par une ouverture qui était loin d'occuper la partie la plus déclive. Il s'attacha à détruire l'os unguis le plus près possible de la partie supérieure du canal nasal. Il se servit pour cela d'une espèce de trois-quart, recourbé à la manière d'une alène de cordonnier. Il dilatait ensuite l'ouverture par des mèches ou par des tentes.

« Quoique l'idée de Monro fût bonne, nous dit M. Farthouat (1), il n'avait pas cependant saisi la véritable raison de la récurrence de la maladie. Elle est due au rétrécissement, à l'oblitération même de la voie artificielle. L'instrument perforant ne fait que briser la paroi interne du sac, mais, du reste, n'enlève ni les éclats de l'os unguis, ni les lambeaux des membranes muqueuses qui le tapissent de chaque côté. Ces membranes n'étant ainsi que déchirées, étant d'ailleurs soutenues par les fragments de l'os, se tuméfient, se boursouflent dès

---

(1) Farthouat, thèse de Paris, 1838.

qu'on cesse l'usage des corps dilatants et finissent par boucher complètement la nouvelle voie qu'on a frayée ».

En même temps que Monro, nous voyons Boudou se servir d'une espèce de trois-quarts, qu'il faisait agir en tournant. Il perforait ainsi la cloison et maintenait le trou ouvert à l'aide de tentes.

Hunter, chirurgien anglais, vers 1747, inventa un nouvel instrument. Convaincu que pour établir une communication durable il fallait à la fois emporter un disque de l'os et des membranes, il imagine un emporte-pièce spécial. Pour servir de point d'appui à l'instrument, il se sert d'une plaque de corne ou d'ébène, qu'il introduit dans le méat moyen.

Plus tard, vers la fin de sa vie, il abandonna son procédé. Il paraît en effet défectueux à la plupart des auteurs.

Voici, comment le juge Talrich (1), en 1823 : « De tous les instruments qu'on a proposés, l'emporte-pièce de Hunter, m'a paru être celui qui présentait les conditions requises pour pratiquer à l'os lacrymal une ouverture assez considérable pour le passage des larmes. Mais quoiqu'on cherchât, par ce procédé, à enlever une partie de l'os unguis, il était douteux que la corne qu'on introduisait dans le nez pour servir de point d'appui à l'emporte-pièce offrît à cet instrument une résistance suffisante, car, au lieu d'obtenir une perte de substance, on ne faisait qu'enfoncer ou fracturer les parties adjacentes, et bientôt l'occlusion du trou étant la suite nécessaire de cette manœuvre, les larmes séjournaient de nouveau dans le sac ».

« Le procédé de Hunter, nous dit J. Guerra (2), est inadmissible vu l'impossibilité de fixer convenablement dans les fosses nasales une plaque qui soutiendrait l'action de son emporte-pièce ».

Nous devons encore citer Sharps, en 1747, Ravaton et Pott, en 1751, qui s'occupent de la question.

Heister, en 1760, après avoir passé en revue les différentes

---

(1) Talrich, 1823, *J. complément. du dictionnaire des sciences médicales*.

(2) Guerra, thèse de Paris, 1843.

méthodes employées, se déclare partisan de la méthode d'Anel, mais dans les cas rebelles « toutes les fois que la fistule est compliquée d'une grande callosité ou d'une carie invétérée et fort étendue, on n'a rien à attendre des injections, dit-il. Dans ce cas, il ne reste qu'un moyen : frayer un nouveau chemin aux larmes et emporter la callosité et la carie. Si ce n'est pas susceptible de guérison, on peut du moins procurer quelque adoucissement au malade. La matière corrompue, qui en coulant par les yeux causait une affreuse incommodité au malade, passera de nouveau dans le nez à la faveur du nouveau conduit ».

Il emploie la méthode de Lamorier, comme étant la plus sûre et la plus convenable. « Jusqu'à présent, je n'ai jamais employé le cautère actuel pour guérir ces sortes de fistules et je crois qu'il est très rarement besoin d'y avoir recours, puisqu'en perçant l'os unguis on emporte en même temps la carie de cet os ».

Cette méthode semble prévaloir jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Et il faut toute l'autorité de Scarpa pour ramener les chirurgiens à l'ancien cautère.

Ce dernier, en effet, au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, proclame que le cautère est le seul moyen propre à déterminer une perte de substance irréparable. Mais il fait subir une modification au procédé des Anciens. Il garantit l'œil et les parties environnantes, non plus avec l'entonnoir de Dionis, mais au moyen d'une canule à parois épaisses, qu'il introduit d'abord dans le sac, en lui donnant une indication convenable. Alors, il enfonce dans la canule un fer rouge et le presse assez légèrement pour ne rien briser et pour bien détruire par le feu toutes les parties qu'il traverse.

Talrich trouve ce procédé supérieur à celui de Hunter, mais le déclare encore imparfait. « M. Scarpa, a fait revivre la cautérisation des Anciens, pour ouvrir aux larmes une route artificielle, mais il en a su mieux diriger l'emploi. Sa méthode, en quelque façon, supplée à l'imperfection de Hunter, qui joignait à l'inconvénient déjà cité celui de faire séjourner une petite canule dans le trou qui avait été pratiqué, pour en empêcher l'occlusion. Observons néanmoins qu'en ouvrant une voie artificielle aux larmes, au moyen de la cautérisation, Scarpa dit

qu'on est bien souvent obligé de réitérer l'action du feu, et qu'en outre l'ouverture qui en résulte à l'os lacrymal nécessite, comme dans le procédé de Hunter, le séjour d'un corps cylindrique ».

Vésignié (1) dans son *Essai et Recherches sur les fistules lacrymales*, partage à peu près la même opinion sur ce procédé. « La cautérisation pratiquée de cette manière, nous dit-il, a l'inconvénient d'effrayer beaucoup les malades et de déterminer souvent des accidents inflammatoires violents. Par contre, il a le grand avantage de pratiquer nettement une déperdition de substance et de laisser une ouverture ronde très propre au but proposé ».

Malgré toutes les imperfections signalées par ces deux derniers auteurs, le procédé de Scarpa est en faveur jusqu'au moment où *Talrich*, médecin de Narbonne, vient décrire un nouveau perforateur.

C'est en 1823, dans le *Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales*, qu'il nous en donne la première fois la description.

« Tous les procédés employés jusqu'ici, nous dit-il, sont imparfaits, soit parce qu'ils ne peuvent pas faire subir à l'os unguis une perte de substance telle qu'il la faut pour obtenir du succès, soit parce qu'ils présentent une complication de moyens et d'accidents qui font souvent manquer le but.

» Pénétré de ces inconvénients auxquels est assujetti celui qui doit avoir recours à notre ministère pour ces sortes de maladies, des récidives fréquentes, et surtout de la nécessité où sont la plupart des malades de garder toute leur vie une maladie sinon dangereuse, du moins aussi dégoûtante que désagréable; convaincu du reste de la supériorité du procédé de Hunter sur tous les autres quoiqu'imparfait, j'ai pensé qu'au moyen de l'instrument que je propose et qui n'est qu'une modification de celui du célèbre praticien, une route artificielle et permanente pouvait être ouverte aux larmes par la perforation

---

(1) Vésignié, *Thèse de Paris*, 1824.

de l'os unguis, en évitant les inconvénients des procédés usités jusqu'à ce jour, et sans avoir recours aux moyens de prévenir l'occlusion du nouveau passage.

» Cet instrument, dont l'expérience réitérée plusieurs fois m'a montré les précieux avantages, est composé de deux branches de six à sept pouces de longueur, articulées à la manière d'un compas ordinaire. Elles sont égales en longueur, mais différentes dans leur contour; la première, appelée branche mâle, décrit une grande courbe vers son extrémité libre; elle est surmontée d'un emporte-pièce cylindrique, de huit à dix lignes d'étendue sur une ou deux de diamètre. L'extrémité de cet emporte-pièce est coupée en bec de flûte et est tranchante. A l'extrémité de la branche femelle se trouve un trou destiné à recevoir l'emporte-pièce; à cette même branche est adapté un conducteur, pour que les deux branches de l'instrument se meuvent toujours dans le même plan, et que, dans tous les cas, l'emporte-pièce tombe juste dans le trou destiné à le recevoir; enfin, entre ces deux parties de l'instrument, qui sont combinées de manière à éviter le cornet inférieur et l'apophyse montante de l'os maxillaire est un ressort qui les tient éloignées, afin qu'elles ne puissent se rapprocher qu'au besoin.

» Pour opérer avec cet instrument, on doit ouvrir, comme à l'ordinaire, le sac lacrymal. L'on maintient cette ouverture béante au moyen de boulettes de charpie enduites de cérat. Un ou deux jours après, on lève l'appareil. Après avoir nettoyé la plaie, on enfonce, à la partie la plus déclive de l'os unguis, un petit stylet aigu pour servir de conducteur à l'emporte-pièce. On introduit ensuite la branche femelle du perforateur dans la narine correspondante à la maladie jusqu'au méat moyen. L'on approche alors la branche mâle de l'ouverture extérieure du sac dans lequel on fait pénétrer l'emporte-pièce dont la cavité circulaire doit parcourir le stylet jusque sur l'os unguis. On retire aussitôt ce petit conducteur, et en pressant l'une contre l'autre les branches de ce petit instrument, on enlève la portion de l'os intermédiaire, ainsi que des membranes qui lui correspondent. Le trou de la branche femelle, où se trouve recueillie

par ce moyen la portion d'os enlevée offre à l'opérateur le diamètre de l'ouverture opérée par l'instrument et par laquelle les larmes s'écoulent aussitôt.

» Au moyen de cet instrument, on n'a à redouter aucun des inconvénients que j'ai signalés plus haut, parce que le stylet désigne la partie de l'os unguis que l'on veut enlever, et qu'on n'a à craindre aucune méprise, car on est certain que, quoique le trou de la branche femelle introduite dans le nez ne puisse être aperçu, il correspond exactement au tranchant de l'emporte-pièce qui ne peut agir sur des parties autres que celles qu'il s'agit d'enlever. Et l'on a toute la certitude d'obtenir le but qu'on se propose, celui de rétablir à l'instant et pour toujours l'écoulement des larmes dans le nez, sans efforts, sans fracturer les parties adjacentes et sans être dans la nécessité d'introduire des canules à travers l'ouverture de l'os dont les bords se cicatrisent d'autant plus facilement qu'elle a été faite au moyen d'un instrument tranchant et que le passage des larmes l'entretient dans un état fistuleux ».

En 1836, Montain (de Lyon) fait connaître, lui aussi, dans la *Gazette médicale de Paris*, un nouvel instrument qui n'est qu'une modification de l'emporte-pièce d'Hunter.

« Le trépan lacrymal dont je me sers depuis dix ans, écrit-il, est formé par une virole soutenue par une aile destinée à être fixée par le pouce et l'index. Dans la virole tourne un cylindre qui se termine par une pyramide de 3 lignes de longueur, sur laquelle se place une canule en acier à dent de trépan d'un côté et se fixant par des facettes sur la base de la pyramide. La pointe de celle-ci dépasse un peu la couronne pour fixer son mouvement de rotation, tandis qu'elle offre à l'autre extrémité une espèce de bouton dans le ventre duquel elle se fixe. Ce bouton est strié à sa circonférence pour être facilement manié entre le pouce et l'index de la main droite.

» Pour procéder à l'opération, je n'incise pas sur la fistule; je prends le temps convenable pour dilater son ouverture et éviter la douleur. J'introduis d'abord un morceau de corde à boyaux, ensuite une espèce de grille d'éponge préparée, et

quand l'orifice est assez élargi, j'applique le trépan. Je dirige l'extrémité de la canule sur l'os unguis, de manière que la dent du trépan porte sur la partie antérieure de cet os, derrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, au devant des cellules ethmoïdales, dans le lieu même désigné par Hunter et Scarpa.

» Je fixe l'instrument horizontalement dans cette position, en tenant son aile entre le pouce et l'indicateur, tandis qu'avec les mêmes doigts de la main droite, je fais tourner le bouton dont le mouvement de rotation se communique à la couronne du trépan et à la pyramide qui la fixe. L'os unguis est perforé en rond, et l'on obtient avec facilité et d'une manière régulière l'effet que l'on se propose de produire avec l'emporte-pièce de Hunter. Lorsque je juge que toute l'épaisseur de l'os a été traversée, je retire l'arbre du trépan et sa canule me sert à porter dans la fosse nasale une corde à boyau d'un diamètre convenable. Je retire la canule et je fais un pansement. Chaque jour, j'augmente le diamètre de la corde à boyau. La guérison survient rarement au delà de douze à quinze jours. Les traces laissées sont minimales, vu qu'il n'y a pas d'incision. Enfin, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer de récidives ».

M. Reybard (de Lyon), vient lire à l'Académie de médecine de Paris, le 24 février 1852, un rapport dans lequel il décrit un nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale.

Voici en quels termes l'*Union médicale* nous en rend compte : « Le procédé de M. Reybard a pour objet de créer directement un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales. Il a imaginé, à cet effet, un instrument, sorte d'emporte-pièce composé de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre et parfaitement distinctes par leur usage ; l'une est une tige d'acier montée sur un manche et terminée par une pointe en forme de vrille ou de tire-bouchon, laquelle après avoir traversé l'unguis à la manière d'une percerette, a encore pour usage d'offrir un point d'appui à cet os. L'autre partie est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes qui lui sont adhérentes. Elle se meut sur la tige au

moyen d'un pas de vis, de sorte qu'on ouvre l'instrument en le vissant et en le dévissant alternativement.

» Le procédé de M. Reybard se compose de quatre temps : dans le premier, il ouvre le sac avec un instrument tranchant suivant la méthode de J.-L. Petit ; dans le deuxième, il introduit l'instrument tranchant dans le sac ; dans le troisième, il fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale ; dans le quatrième, il coupe cet os et lui fait éprouver une perte de substance, d'où résulte l'ouverture cherchée qui se cicatrise sans le secours d'aucun pansement, et qui n'est pas susceptible de se rétrécir et de se fermer, ce qui équivaut, dit M. Reybard, à la guérison radicale de la fistule ».

Ce nouvel emporte-pièce de M. Reybard paraît très ingénieux à ses contemporains. M. Debout, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, en 1856, s'exprime ainsi à ce sujet :

« M. Reybard est venu combler une véritable lacune de la pratique en la dotant de deux instruments spéciaux, qui sans imprimer de secousses à la lame osseuse si délicate qui constitue l'unguis, permettent de créer entre le sac lacrymal et la cavité nasale une voie de communication aussi étendue que les circonstances l'exigent.

» Si le sagace chirurgien de Lyon, dans son Mémoire qu'il a lu il y a quelques années à l'Académie de médecine, avait appuyé sa pratique sur l'enseignement traditionnel que nous venons de rappeler, son travail eût eu un plus grand retentissement. L'année dernière, M. Demarquay était le seul chirurgien qui eût publié encore quelques observations à l'appui du procédé de M. Reybard. M. Robert, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, est venu présenter à ses collègues une malade opérée par la perforation de l'os unguis, afin d'appeler leur attention sur l'ingénieux instrument inventé par M. Reybard. Cette malade a été guérie au bout de huit jours.

» En somme, l'invention des instruments ingénieux de M. Reybard est venue réaliser un progrès considérable, puisque ceux-ci fournissent le moyen le plus certain d'assurer le but que

les chirurgiens les plus haut placés ont poursuivi à toutes les époques ».

En Italie, à cette époque, ils semblent ignorer tous ces nouveaux instruments. Ils détruisent le sac et l'os unguis par la cautérisation. C'est la méthode que nous trouvons décrite par Malago en 1832, dans le *Giornale Veneto di scienze mediche*. Voici comment il procède :

Il incise le sac jusqu'à l'orifice du canal nasal, puis après l'avoir vidé et nettoyé, il remplit sa cavité de charpie molle ; il applique par dessus des plumasseaux soutenus par le monocle et laisse l'appareil pendant deux jours. Après la résolution de l'irritation, il applique le caustique. Le plus souvent il se sert de nitrate d'argent en morceaux à peu près de la grosseur d'un grain de froment ; il en porte un morceau avec des pinces au fond du sac et sur l'os unguis, et applique par dessus une tente de charpie qu'il enlève et renouvelle le lendemain. Le troisième jour il extrait l'escharre et renouvelle l'application d'un petit morceau de nitrate d'argent toujours enfoncé en arrière de la tente de charpie. M. Malago continue jusqu'à destruction du sac et du périoste de l'os unguis. Il varie le lieu d'application du caustique sur le sac, et 12 ou 24 jours après l'unguis est à découvert par la destruction de son périoste. L'auteur estime qu'après l'exfoliation de l'os unguis et du sac qui survient au bout de deux mois, il ne reste aucun larmolement, aucune difformité.

M. Malago pense que, par cette opération, on ne ferme point le passage aux larmes, mais bien qu'on leur crée une route artificielle à travers l'os unguis, vers les fosses nasales. Les vues de Malago contredisent celles de Nannoni et de Stœber qui pensaient détruire et oblitérer définitivement le sac.

En France, on n'emploie plus que l'emporte-pièce de Reybard. M. Demarquay, en 1834, nous en décrit un nouveau, dans l'*Union médicale*, qui n'est qu'une modification légère de ce dernier.

« L'instrument dont je me sers se compose d'une espèce de tire-bouchon sur lequel une virole mobile et bien tranchante vient tomber. Quand l'instrument est dévissé, on voit l'espace

qui sépare la virole coupante du tire-bouchon. Quand on fait descendre, par un mouvement de rotation, cette espèce de trépan, on coupe les tissus compris entre le pas-de-vis et la couronne de trépan. Avec le second instrument, qui se manœuvre de la même façon, on peut agrandir la perforation commencée par le premier. Un coup d'œil jeté sur ces instruments en fait de suite comprendre le mécanisme.

» La trépanation de l'unguis est fort simple et se compose d'un certain nombre de temps. Le premier consiste à faire une incision au sac lacrymal et à introduire un stylet, pour se rendre compte de l'état des voies lacrymales. On place un morceau d'éponge préparée dans la plaie jusqu'au lendemain.

» Le sujet de l'opération ainsi préparé, le chirurgien procède de la manière suivante : L'opérateur porte à la partie inféro-interne du sac l'instrument perforateur parfaitement ouvert et il imprime un mouvement de rotation à l'instrument de manière à le faire pénétrer de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière. On imprime un mouvement de rotation à l'instrument entre les doigts, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans le méat moyen des fosses nasales. Alors on fait descendre la virole tranchante, véritable emporte-pièce, sur le pas-de-vis. Pendant ce temps de l'opération, on a bien soin d'immobiliser l'instrument ; lorsqu'on a bien passé la virole tranchante sur le pas-de-vis, on imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument dans le sens opposé ; on le retire de la plaie et on constate que l'emporte-pièce a entraîné avec lui une portion de la paroi interne du sac, dans laquelle on retrouve une partie de l'unguis tapissée par la muqueuse lacrymale et nasale. Si on dit au malade de souffler, comme après l'introduction de la canule de Dupuytren dans le canal nasal, on fait sortir par la plaie du mucus mêlé d'une certaine quantité d'air. On peut, en se servant du deuxième instrument, agrandir la perforation faite à l'unguis, ce qu'il est important de faire, d'autant plus que cette partie de l'opération n'est ni difficile ni douloureuse pour le malade. Il est très nécessaire, en pratiquant la perforation de l'unguis, de donner à l'instrument une direction convenable.

Si, en effet, on ne dirige point l'instrument assez verticalement, au lieu de tomber dans le méat moyen des fosses nasales, on arrive dans le cornet moyen et on n'atteint point le but qu'on s'était proposé; d'un autre côté, si, même en donnant à l'instrument une direction convenable, on ne s'arrête point à temps, on peut perforer la cloison médiane des fosses nasales. Dès que l'opération est terminée et que l'air des fosses nasales passe facilement, pour maintenir cette communication anormale largement ouverte, M. Reybard introduisait dans la fosse nasale et dans le sac lacrymal une série de petites boulettes de charpie réunies en queue de cerf-volant. Pour arriver à ces résultats, j'ai prié le docteur Gariel de me faire fabriquer des clous de Scarpa en caoutchouc vulcanisé.

» M. Reybard laissait pendant quelques jours seulement ces brins de charpie. Je crois qu'il est nécessaire de laisser pendant un temps plus long un corps étranger dans la voie nouvellement tracée. Je les laisse dix à douze jours, donnant ainsi à la voie nouvelle le temps de s'organiser; les parties circonvoisines se détergent dès que les corps étrangers sont sortis du sac. La plaie interne se ferme vite.

» Je ne saurais trop le répéter, la trépanation de l'unguis n'est point une opération difficile, mais cependant elle demande, comme toutes les opérations qui se pratiquent dans le voisinage d'un organe délicat, beaucoup de soins ».

Cette nouvelle méthode suscite de nombreuses discussions, et nous croyons utile de rappeler celle qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1856 sur ce sujet. Elle nous est rapportée par M. Debout dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

« MM. Monod, Huguier et Cloquet sont les seuls membres de la Société qui soient restés dans le sujet en discussion. M. Monod témoin des opérations de M. Demarquay, est convaincu, a-t-il dit, que les guérisons obtenues par son collègue tiennent à l'oblitération consécutive du sac chez ses opérés, et il regarde comme un résultat exceptionnel celui présenté par le malade de M. Robert, chez lequel l'air passe de la cavité nasale dans les voies lacrymales. Nous répondons d'abord à M. Monod que

L'observation de ces dernières années semble démontrer que le larmolement après l'oblitération du canal lacrymal, n'est pas un accident aussi grave qu'on l'a cru pendant longtemps; que ce phénomène morbide, lorsqu'il ne disparaît pas complètement, est toujours accidentel ou passager. Dans les résultats incomplets, la faute incombe davantage à l'opérateur qu'au procédé. Je pense que M. Demarquay procède trop timidement à la résection de l'unguis; cette circonstance l'a forcé à chercher par la dilatation à remédier à son défaut de hardiesse dans le degré d'ouverture de la cloison.

» M. Bonnet nous a dit qu'il pratiquait une perte de substance à peu près de l'étendue de l'ongle du petit doigt et qu'il avait échoué seulement deux fois sur quinze cas; encore, dans ces deux cas, cet honorable collègue n'hésite-t-il pas à avouer qu'il y avait eu imperfection dans la manière d'opérer.

» Du reste, les suites de l'opération chez les malades de M. Demarquay que M. Monod a observés, sont de promptes et bonnes guérisons. Si M. Demarquay a pu s'assurer, chez trois de ses malades, de l'oblitération du sac, puisque le liquide de l'injection retournait par le point nasal inférieur, il a pu en même temps constater que le larmolement avait disparu. L'opération, en détruisant la maladie, enleva ainsi l'épine morbide qui provoquait la sécrétion anormale des larmes ».

Le reproche que M. Debout adresse à M. Demarquay, de procéder trop timidement à la perforation de l'os, ne reste pas sans résultat. En effet, deux ans plus tard, M. Demarquay écrit dans l'*Union médicale* :

« Dans mon premier mémoire et dans une discussion à la Société de chirurgie, j'avais laissé un point de doute sur la persistance du canal ouvert aux larmes. Mes premiers opérés avaient guéri, mais ils avaient conservé l'œil humide et un peu de larmolement au contact de l'air. Au bout d'un mois ou six semaines, je ne pouvais plus faire arriver le liquide de mes injections dans les fosses nasales. Il y avait une oblitération du sac et je me demandais si la trépanation de l'unguis n'était pas le meilleur moyen pour détruire la voie des larmes et si M. Bé-

rard et moi ne nous étions pas fait illusion sur notre procédé. De nouvelles études faites depuis deux ans m'ont rendu plus hardi et je détruis maintenant toute la paroi interne du sac pour avoir une large communication entre le sac et les fosses nasales. Cela fait, j'introduis un gros clou de Scarpa en caoutchouc vulcanisé bien souple dans la plaie. Je fais des injections soir et matin et, huit à dix jours après, j'enlève, si c'est nécessaire, les portions d'unguis nécrosé et j'agrandis la voie nouvellement formée. Mes résultats sont excellents ».

M. Foltz (de Lyon), reproche aux instruments de MM. Reybart et Demarquay de ne pas agir comme emporte-pièce et de n'être, en réalité, que de simples perforateurs. Aussi le 23 janvier 1860 vient-il présenter à son tour à la Société impériale de médecine de Lyon un nouvel instrument pour la perforation de l'os unguis ou plutôt de la gouttière lacrymale.

Après avoir étudié l'anatomie des fosses nasales, il en tire des conclusions importantes qui doivent le guider d'une manière sûre « et dans le choix du siège précis de la perforation et dans le choix et la disposition de l'instrument.

» La première conséquence que je tire, nous dit-il, de ces considérations anatomiques, est la facilité généralement peu connue avec laquelle un instrument droit peu arriver directement dans la portion verticale du méat moyen, c'est-à-dire au point correspondant à la gouttière lacrymale et y fournir un point d'appui solide. A force de répéter que la plaque de corne que Hunter avait imaginée est impossible à appliquer, ce qui est inexact, on s'est éloigné généralement de l'idée de chercher ce point d'appui par les fosses nasales.

» Cependant une tige droite parvient sans obstacle jusqu'au bord antérieur du cornet moyen et même dans la partie antérieure du méat, n'ayant à traverser que les narines et la concavité que nous appelons vestibule du méat moyen. Le chemin à parcourir du bord de la narine au cornet est de 4 centimètres en moyenne et peut être facilement réduit à moins de 3 par le refoulement des parties molles.

» Ces données nous seront très utiles pour la simplification de l'instrument et le manuel opératoire.

» Jusqu'à présent, les chirurgiens qui ont pratiqué la perforation de l'os unguis n'ont tenu aucun compte de l'apophyse cruciforme, cet autre os unguis qui double en quelque sorte le premier, ni de la tendance qu'ont les cellules de l'ethmoïde à se développer en avant. Il est résulté de là que la perforation a porté souvent sur une cloison plus épaisse qu'on ne le suppose, et partant plus facile à se refermer. Si, pour éviter les cellules ethmoïdales, quelques-uns dirigent l'instrument plus bas, ils donnent au nouveau canal une direction oblique peu propre à maintenir ses ouvertures béantes.

» Ces observations acquerront une force encore plus grande des considérations physiologiques qui suivent.

» En effet, dans l'opération dont il s'agit, on s'est surtout préoccupé d'une chose, la perforation ou la destruction de l'os unguis, sans trop s'occuper des membranes qui le revêtent et contre lesquelles on s'est contenté d'agir le plus souvent par le refoulement et la dilatation. On s'est acharné contre la substance osseuse, tandis que c'est le périoste qu'il fallait avant tout s'attacher à détruire. Les travaux de M. Flourens ont, en effet, bien démontré cette vérité physiologique que c'est le périoste qui produit l'os et le régénère après sa destruction.

» Dans l'espèce actuelle, il n'est pas difficile à comprendre qu'en vain on aura brisé l'os unguis et enlevé les coquilles; si le périoste n'est que refoulé sans être détruit, la substance osseuse se régénérera plus ou moins complètement. On le comprendra d'autant mieux que le périoste à détruire présente ici une double couche qui peut être quadruple lorsque l'apophyse cruciforme se prolonge avec les cellules ethmoïdales jusqu'à l'apophyse montante du sus-maxillaire, ainsi que nous l'avons démontré.

» Ces réflexions, qui expliquent, je crois, les insuccès de la méthode, vont nous guider dans le choix du siège précis de la perforation et dans le choix et la disposition de l'instrument.

» Il est évident que ce siège est au tiers inférieur de la gouttière lacrymale, en y comprenant, avec l'os unguis, la lèvre

interne de la branche montante du maxillaire, ainsi que quelques chirurgiens et notamment M. Desgranges le conseillent et le pratiquent. Nous adoptons ce point parce qu'il est le plus mince de la cloison, qu'il s'éloigne le plus des cellules ethmoïdales et de l'apophyse unciforme, qu'il est moins enfoncé dans le méat et surtout qu'on peut y atteindre les périostes plus facilement.

» Le choix de l'instrument ne saurait non plus être douteux : un emporte-pièce seul peut permettre d'enlever complètement les parties molles, et surtout les périostes avec la lamelle osseuse. Toute la question est de trouver la forme de l'emporte-pièce de Hunter applicable et efficace. Cette forme nous croyons l'avoir trouvée dans le nouvel instrument que nous avons l'honneur de présenter à l'Institut et à la Société de médecine de Lyon.

» C'est un davier muni d'un emporte-pièce et modifié de manière à s'adapter convenablement aux parties à perforer. Il se compose d'une pince à jonction dont les branches au delà de l'articulation sont droites, longues de 35 à 40 millimètres, épaisses de 5 à 6 et écartées l'une de l'autre de 15, lorsque l'instrument est fermé. L'une des branches est armée d'une canule emporte-pièce, fixée à un angle droit sur son extrémité par un pas-de-vis et coupant par pression et par un mouvement circulaire qu'on lui communique à l'aide d'une clef. L'autre, destinée à servir de point d'appui dans la fosse nasale, porte une plaque de maillechort sur laquelle doit agir le tranchant de la canule. L'extrémité de cette branche est aussi mince, étroite et courte que possible, pour s'accommoder aux dispositions du méat moyen. Sa base offre en outre une lame recourbée qui recouvre l'articulation et qui sert à préserver du pincement le bord de la narine refoulé pendant l'opération.

» *Manuel opératoire.* — Préalablement il faut préparer l'instrument en vissant à fond la canule, puis en la dévissant d'un demi-tour au plus.

» L'opération se compose de trois temps qui peuvent s'exécuter après ou sans l'éthérisation : 1° incision du sac, longue de 10 à 12 millimètres, et au-dessous du tendon de l'orbiculaire, dans

le sens oblique du pli de la peau et près du bord de la gouttière lacrymale; 2° mise en place de l'instrument, c'est la partie délicate de l'opération. La branche introduite dans la fosse nasale vient se placer en quelque sorte d'elle-même dans la portion antérieure du méat moyen; la canule est introduite entre les lèvres de l'incision écartées avec un stylet jusque dans le sac. Il importe alors d'enfoncer l'instrument et même de cogner légèrement, pour éviter d'aller trop en avant sur l'apophyse montante et pour arriver exactement dans la gouttière lacrymo-nasale; 3° section de la cloison lacrymo-nasale. On rapproche et on serre les branches de l'instrument; un craquement se fait entendre. Tandis que d'une main on maintient les branches fortement rapprochées, de l'autre, armé de la clef, on fait tourner doucement la canule d'un demi-tour ou d'un tour, pour achever la section. L'instrument retiré, la canule contient une rondelle osseuse doublée des muqueuses lacrymale et nasale. Une petite mouche de taffetas sur la plaie est tout le pansement ».

Cinq ans plus tard, M. Foltz, dans les *Annales d'oculistique*, donne la statistique complète de ses opérations : « 26 opérations pratiquées sur 25 sujets me donnent 15 guérisons, 6 améliorations et 5 insuccès. Cela semble peu à côté des résultats fournis par la canule de Dupuytren et la méthode de Bowman qui réussissent 9 fois sur 10. Mais on sait ce que valent les statistiques prises en bloc et sans détail ».

Plus loin, il tire les conclusions suivantes de son mode opératoire :

» 1° La création d'une voie artificielle aux larmes par la perforation de la gouttière lacrymale à l'aide de mon emporte-pièce pour la cure des tumeurs et fistules lacrymales est une opération toujours facile, simple dans ses suites et sûre dans ses résultats immédiats ;

» 2° Les guérisons définitives suivies pendant plusieurs années, sur un certain nombre d'opérés, sont plus nombreuses, plus complètes et plus radicales que celles obtenues par toute autre méthode ;

» 3° Les récidives, relativement rares après la simple perforation, me paraissent devoir être tout à fait exceptionnelles après l'emploi des moyens adjuvants que j'ai décrits et particulièrement du cathétérisme nasal de la nouvelle voie à l'aide d'une sonde recourbée.

Giraud-Teulon (1), en 1866, se déclare partisan du procédé de Foltz, mais tente de le modifier. Il nous dit en effet : « Ce procédé a le désavantage, que je n'entends pas d'ailleurs exagérer, de nécessiter une ouverture, une plaie extérieure, bien que la cicatrisation laisse peu de traces. Si l'on peut pénétrer dans le sac et le méat moyen sans intéresser la peau par une voie déjà ouverte en partie et parfaitement dissimulée aux regards, je m'assure que chacun y trouvera avantage, les femmes surtout, qui paient à la fistule une contribution si élevée.

» Tel est l'objet que je me suis proposé dans le cas que je vais avoir l'honneur de vous présenter et dans lequel j'ai pratiqué la perforation de l'unguis, au moyen de l'emporte-pièce de Foltz, en pénétrant dans le sac par sa face conjonctivale, entre le caroncule en arrière et le tendon de l'orbiculaire en avant, après avoir simplement réuni dans une même incision commune les deux conduits lacrymaux et leur sphincter commun ». Il s'en déclare très satisfait.

Après cette dernière tentative, en 1866, la perforation de l'unguis est abandonnée. Elle est remplacée successivement par la méthode d'Anel-Bowman, par la cautérisation et l'extirpation du sac.

Ce n'est qu'en 1904 que nous voyons Aubaret s'efforcer, dans les *Annales d'oculistique*, de faire revivre l'ancienne méthode. Il perfore l'unguis après avoir extirpé le sac. Les résultats qu'il obtient sont des plus encourageants.

En même temps que lui, Totti (de Florence) emploie un procédé qu'il appelle dacryocystorhinostomie et qui consiste à perforer l'os unguis tout en conservant le sac. C'est une méthode

---

(1) Giraud-Teulon, *Gaz. des Hôpit. de Paris*, p. 365.

conservatrice en même temps qu'un traitement radical des dacryocystites.

Les bons résultats obtenus par ces deux auteurs montrent que c'est cette nouvelle voie que, désormais, les chirurgiens devront suivre pour traiter les suppurations chroniques du sac lacrymal.

## CHAPITRE II

### Raisons qui ont fait abandonner les procédés anciens.

Il n'est pas douteux que les procédés nombreux que nous avons énumérés dans le précédent chapitre n'aient produit dans certains cas de dacryocystites rebelles sinon une guérison, du moins une amélioration sensible. Comment se fait-il alors qu'ils aient été complètement délaissés? En effet, à part la dernière tentative en date, de Giraud-Teulon, en 1866, on peut dire que depuis plus de cinquante ans aucune tentative nouvelle n'a été faite dans cette voie. Il y a une raison importante à cela. En même temps que naissait la méthode chirurgicale dont nous nous occupons, se propageait une autre méthode plus aisée à pratiquer et qui fut réglée d'une façon parfaite par son auteur, Dominique Anel, chirurgien attitré de la duchesse de Savoie.

La méthode d'Anel, que ce dernier répandit à la fois en Italie et en France, suscita un véritable enthousiasme. Malgaigne s'exprime ainsi : « De brillants succès ayant couronné sa première tentative, Anel les communiqua à l'Académie des sciences. Toute l'Europe en retentit. Dès lors, la théorie et les indications du traitement de la fistule lacrymale furent définitivement fondées ».

Or, quelles étaient à ce moment la théorie et les indications du traitement de la fistule lacrymale? On admettait que l'obstruction du canal créait presque toute la maladie. On prétendait surtout qu'il fallait déboucher le conduit oblitéré, et par conséquent, à quoi bon chercher à créer une voie artificielle puisqu'il suffisait de rétablir la voie naturelle?

Vers le milieu du xviii<sup>e</sup> siècle, Jean-Louis Petit imaginait une théorie célèbre qui domina pendant un certain temps toute la chirurgie lacrymale. C'est la théorie du syphon. D'après ce chirurgien, pour guérir la fistule, il suffit de déboucher la branche descendante du syphon. Aussi son procédé ne diffère-t-il de celui d'Anel que par ce fait, qu'au lieu d'introduire un stylet, comme le fait Anel, par l'un des canalicules lacrymaux, il pratique une boutonnière au niveau de la paroi antérieure du sac et introduit son stylet par cet orifice.

Tous les chirurgiens qui dans la suite pratiquèrent la méthode d'Anel ou celle de J.-L. Petit considéraient ces procédés comme suffisants dans tous les cas ; et ceux qui restèrent fidèles à la perforation de l'os unguis ne recommandaient ce procédé que lorsqu'il y avait carie de cet os. Or, bon nombre d'entr'eux reconnaissaient déjà que cette carie de l'os unguis était exceptionnelle.

Nous empruntons à Demoure un passage qui montre combien les raisons invoquées par les adversaires de la perforation étaient justes et sérieuses.

« Lorsqu'il est impossible de faire passer une sonde par le canal, ce qui est très rare, et lorsqu'il y a carie de l'os unguis, ce qui n'est guère plus commun, faut-il ouvrir une route artificielle aux larmes ? Je répondrais affirmativement si l'expérience ne m'avait pas désabusé de l'espoir que cette route pût le plus ordinairement rester ouverte après l'emploi d'une des méthodes imaginées pour obtenir ce résultat.

» Les Anciens portaient sur l'os unguis, à travers le sac lacrymal, un fer rouge, pour détruire une maladie dont ils ignoraient la nature : ils agissaient en aveugles. Probablement, à leur grand étonnement, ils ont obtenu, dans un petit nombre de cas, une guérison complète, lorsque la communication établie entre le sac lacrymal et les fosses nasales, par le cautère actuel, a subsisté sans que les rétractions occasionnées par la cicatrice aient rétréci ou oblitéré les deux petits conduits lacrymaux, ceux-ci ayant continué à transmettre les larmes, de la surface de l'œil, dans le sac lacrymal, d'où elles passaient à

travers l'ouverture pratiquée à l'os unguis. Dans les autres cas, l'œil a dû larmoyer ; mais n'eût-on réussi complètement qu'une fois sur cinquante, un succès était peut-être alors préconisé avec emphase, et peut-être aussi avait-on grand soin, comme on l'a vu depuis, de cacher les non-réussites. Combien, en général, on trouverait de méthodes opératoires, aujourd'hui abandonnées, après avoir été employées avec un succès apparent, même quelquefois avec un succès réel, par leurs inventeurs ! A la vérité, quelques-uns d'entre eux apportaient le plus grand soin à en tirer tout le parti possible, et les préféraient à d'autres meilleures, mais qui avaient à leurs yeux le tort impardonnable de n'avoir pas été inventées par eux, et d'être le résultat des veilles de leurs rivaux ? En médecine, les vanités d'auteurs n'ont que trop fréquemment nui à l'humanité. Je prie le lecteur qui voudra se prononcer sur un point de doctrine encore litigieux aux yeux de certains praticiens, de ne pas juger les méthodes dont je demande la proscription d'après les promesses et les assertions de ceux qui les ont proposées ; mais de chercher ce qu'elles ont de nuisible, dans les objections faites contre chacune d'elles, par les auteurs ou les partisans d'autres méthodes. Ainsi le professeur Scarpa regarde comme inutile, dans presque tous les cas, la perforation de l'os unguis par le fer. « L'expérience, dit-il, démontre que la simple perforation de l'os unguis et de la membrane pituitaire, sans perte de substance de cette membrane, ne satisfait pas à l'indication, puisque, par la suite, ce point de perforation ne forme qu'une voie trop étroite pour la descente des larmes, et d'autant plus qu'elle se rétrécit par gradation *jusqu'à se fermer entièrement*. La carie vénérienne du palais n'est-elle pas un exemple ? La portion cariée est-elle séparée, la bouche communique avec le nez par une ouverture qui peut admettre le bout du doigt ; mais, peu à peu, le rétrécissement devient tel, qu'une plume à écrire ne passe que très difficilement, et souvent cette ouverture disparaît en entier au moyen du rapprochement de la membrane du palais divisée, mais non beaucoup corrodée, par l'ulcère qui accompagnait la carie de l'os situé au-dessus. Si

cette disposition a lieu dans ce cas de maladie vénérienne, à plus forte raison le resserrement de la membrane pituitaire sera-t-il remarquable après une simple perforation avec le trois-quarts qui aura servi pour traverser l'os unguis; de plus, les canules que l'on a proposées pour tenir constamment ouvert ce trou de la membrane pituitaire, au delà de l'os unguis, sont bien loin d'être un moyen sur lequel on puisse compter, puisque ces instruments, même les mieux faits, *s'élèvent souvent, après un court espace de temps, contre la paroi antérieure du sac, et tombent dans les narines plus tôt qu'il ne faut, ou se remplissent quelques mois après d'une substance terreuse qui les obstrue et les rend inutiles*. La perforation et la séparation de l'os unguis dénudé, la destruction d'une partie de la membrane pituitaire dans le même endroit, sont les seuls moyens vraiment efficaces, connus jusqu'à ce jour, pour assurer aux larmes un écoulement libre du sac dans le nez; pour cet effet, l'application du feu est seule convenable à cette indication ». Suit le détail du procédé à employer pour percer l'os unguis avec un fer rouge dirigé à travers une canule ». (Scarpa, *Trait. des mal. des yeux*).

» De son côté, M. le professeur Boyer dit : « Plusieurs praticiens dont l'opinion est d'un grand poids, et, entre autres, M. Scarpa, donnent la préférence au cautère actuel. Ils se fondent sur ce que l'os unguis et la membrane pituitaire qui recouvre sa face interne, perdant une portion de leur substance, l'ouverture est moins sujette à se fermer que celle qui résulte d'une simple perforation de ces parties avec un instrument pointu; mais cet avantage est-il bien réel? Je ne le pense pas, on peut faire à l'os unguis et à la membrane qui la tapisse, avec un trois quarts, une ouverture assez grande pour qu'elle ne se referme pas, après qu'on aura rendu ses bords calleux, par un *long usage des dilatants*; et, dès lors, cette méthode mérite la préférence sur le cautère actuel, moyen qui effraie singulièrement les malades, *dont l'usage est fort douloureux et peut déterminer les accidents les plus graves. D'ailleurs il ne guérit pas toujours la maladie, et lorsqu'il la guérit, il laisse souvent un larmolement incurable* ».

« Ainsi, continue Demours, l'un des écrivains s'élève contre la perforation de l'os unguis par le fer, et l'autre blâme sa perforation par le feu. Malheureusement, chacun d'eux n'a raison que lorsqu'il nie l'efficacité du procédé qu'il rejette ; celui qu'il préfère ne me paraît pas valoir mieux. Le professeur Scarpa veut que l'on proscrive la perforation de l'os unguis par le fer ; et, assurément, je suis en cela de son avis ; mais j'ajoute que la tente de linge ou bien le cylindre de plomb, que l'on introduit à travers l'ouverture pratiquée soit par le fer, soit par le feu, la laisse presque toujours se rétrécir et se ferme. L'usage de la canule d'or ou d'argent, inventé par Woolhouse, que l'on a depuis assez souvent introduite dans l'ouverture pratiquée à l'os unguis, et que l'on vient de voir, plus haut blâmée par Scarpa, n'a eu, à ma connaissance, qu'un petit nombre de succès.

» Hunter inventa une canule ou un emporte-pièce, destiné à enlever une portion de l'os unguis, de forme ronde, et de plus de deux centimètres de diamètre. Un point d'appui que fournissait une plaque de corne, introduite dans la narine, facilitait l'action de l'instrument. On perfectionna l'emporte-pièce, en portant sur l'os unguis, à travers cette canule tranchante, un stylet mousse qui lui servait de conducteur. Manoury obtint quelques succès de cette méthode, il y a près de trente ans, en laissant une canule dans l'ouverture artificielle. On la croyait rejetée pour toujours, lorsque M. le Dr Nicod, chirurgien en chef de l'hospice Beaujon, lutta vainement avec persévérance contre tous les inconvénients qu'elle entraîne, en l'employant pour une jeune malade à laquelle il est uni par les liens de l'amitié, et, en combinant l'usage de l'emporte-pièce de Hunter avec la méthode suivant laquelle Scarpa cautérise l'os unguis. Il est résulté de cette combinaison que la maladie fut attaquée par la méthode de la perforation de l'os unguis, et, en même temps, par celle de sa destruction partielle au moyen du cautère actuel, M. Nicod fit exécuter avec soin la plaque de Hunter, en ayant égard à l'étroitesse de la partie supérieure de la voûte des fosses nasales et à la forme des narines du sujet. Il prit la sage précaution de l'introduire, à plusieurs reprises, quelques jours avant l'opéra-

tion, pour habituer les parties à en supporter le contact. Dans l'espace d'un peu moins d'une minute, le sac lacrymal fut incisé; l'emporte-pièce garni de son stylet mousse ou mandrin fut introduit sur la paroi interne du sac; ce stylet fut retiré; la plaque de corne fut portée à travers la narine, derrière et au-dessous de l'os unguis, et fortement assujettie d'une main, tandis que de l'autre l'opérateur fit agir la canule tranchante ou emporte-pièce, en tournant et en pressant. Il parvint à enlever une pièce de forme régulière d'os unguis et de membrane pituitaire. Pour éviter les végétations du périoste de l'os unguis, il porta sur la plaque de corne, restée dans le nez, la canule de Scarpa, puis son cautère chauffé à blanc, qui parvint à travers la canule, sur la plaque de corne, confiée à un aide; la canule fut alors soulevée, de manière à mettre le cautère en contact immédiat avec la pituitaire, afin de détruire les lambeaux qui auraient pu flotter sur les bords de l'ouverture, et le cautère fut rapidement enlevé. Quand la suppuration eut entraîné les escarres, on introduisit une bougie de gomme élastique pour entretenir l'ouverture pratiquée à travers l'unguis. Le vingt-unième jour l'usage en fut cessé, et la cicatrice extérieure était faite quelques jours après. La malade se trouva dans un état satisfaisant pendant *une* année. M. Nicod nous apprend sans aucun détour qu'après ce laps de temps une nouvelle tumeur lacrymale eut lieu; plusieurs gonflements passagers du sac se manifestèrent dans l'espace de *quatre* années, après lesquelles *la tumeur et la fistule lacrymale reparurent successivement et se dissipèrent enfin spontanément.*

» M<sup>me</sup> Desnoyers, âgée de 68 ans, consentit à se soumettre aux mêmes essais. Depuis le mois de juin 1816, date de l'opération, jusqu'à la publication du mémoire (1820), il n'y a pas eu le moindre signe de tumeur lacrymale. En 1819, la malade n'avait encore ni épiphora, ni inflammation chronique des conjonctives palpébrales; mais, en 1820, ces phénomènes existaient aux deux yeux (*Revue médicale*, 2<sup>e</sup> livr., 1<sup>re</sup> année, 1820). Le lecteur en inférera sans doute avec moi que la tumeur lacrymale n'a pas reparu, parce que le sac lacrymal a été détruit, que les larmes

n'ayant pas d'écoulement dans les fosses nasales, le but de l'opération n'a pas été atteint, et que le larmolement s'étant étendu à l'autre œil, le désordre opéré d'un côté par le traitement a amené, ce que j'ai vu arriver un nombre infini de fois, une obstruction du canal nasal du côté non opéré. Il serait arrivé pis, si M<sup>me</sup> Desnoyers avait eu temporairement, dans l'ouverture artificielle pratiquée à l'os unguis, une bougie de gomme élastique ou une canule, comme le sujet de la première observation. Je dis une bougie ou une canule, car M. Nicod rapporte qu'il se servit d'une bougie élastique pour entretenir l'ouverture faite à l'os unguis, et, deux pages plus bas, il parle d'une canule et non d'une bougie; j'ai vu tourmenter ainsi bien des malades, tantôt avec des bougies, tantôt avec des canules, après la perforation de l'os unguis, à peu près toujours inutilement. Il résulte des tentatives que M. Nicod a faites avec la plus extrême attention et les plus grandes précautions que, si la perforation de l'os unguis par le feu ne vaut pas mieux que la perforation par le fer, la réunion de ces deux manières de le perforer donnera pour résultat à ceux qui voudront la tenter une addition ou un total des graves inconvénients de ces deux méthodes surannées. Entraîné par l'ascendant d'une grande autorité, M. Nicod admet, comme une découverte importante, l'erreur du professeur Scarpa relative au flux palpébral, et il croit, avec ce célèbre chirurgien, que le flux est la cause la plus fréquente de la tumeur lacrymale; il ajoute qu'en remontant aux causes de cette tumeur et de la fistule lacrymale, on trouve que rarement l'une et l'autre sont une maladie simple, c'est-à-dire dépendante d'une inflammation chronique, qui n'ait point été produite par un vice connu des humeurs, qu'il est important d'appeler d'ailleurs le vice humoral, et que l'art n'est donc pas d'une importance si grande pour le traitement de la fistule lacrymale, puisque, jusqu'à présent, il n'a pas mieux guéri que la nature abandonnée à elle-même, tout en faisant souffrir beaucoup plus par des pansements trop multipliés. C'est ce que je me suis efforcé de prouver, en d'autres termes dans mon *Traité des maladies des yeux*. Quoique la conclusion que M. Nicod en

tire paraisse trop générale, elle donne lieu d'espérer que de nouvelles réflexions le feront renoncer au projet qu'il annonce dans son mémoire de recourir de nouveau à la perforation de l'os unguis, avec les modifications qu'il y a faites, c'est-à-dire par le fer et par le feu, et qu'il reconnaîtra, dans toute son étendue, l'énergie avec laquelle la nature résiste aux effets de certains moyens nuisibles. « Où en serions-nous, dit Bordeu, où en seraient les malades, si la nature ne se réveillait dans toutes les maladies, et si elle n'excitait quelquefois une révolution victorieuse, sans se laisser distraire par un fatras de remèdes administrés sur la foi de nos pères et de nos maîtres, non moins bornés que nous? » (*Rech. sur le tissu muq.*).

A la suite de ces critiques sévères, on comprend que l'attention des chirurgiens fût attirée presque exclusivement sur les procédés d'Anel et de Jean-Louis Petit. Et lorsque Bowmann, vers 1850, eut perfectionné ces méthodes et publié ses résultats, la plupart des oculistes les adoptèrent-ils sans hésitation. Mais la généralisation de l'emploi de ces méthodes n'a-t-elle pas fait peut-être ressortir davantage leur insuffisance dans bien des cas?

Nous ne nous attarderons pas à montrer combien certains chirurgiens s'écartèrent des principes les plus élémentaires de la saine chirurgie, en poussant à l'excès l'usage de la méthode Anel-Bowmann.

Persuadés que le rétrécissement du canal lacrymo-nasal est la cause de toutes les dacryocystites, ils modifient les procédés employés pour combattre ce rétrécissement de la même manière qu'étaient modifiés les procédés utilisés en chirurgie pour traiter les rétrécissements de l'urèthre. Ces analogies, ces rapprochements erronés conduisent ces auteurs à examiner la dilatation progressive du canal nasal. L'instrumentation se multiplie, les sondes sont calibrées de façon à avoir un diamètre graduellement progressif, comme les bougies uréthrales; on invente des dilateurs et des modèles multiples de dacryotome ou de sclérotome.

On peut dire que tous les chirurgiens qui ont agi dans cette

voie ont fait subir pour ainsi dire une espèce de recul au traitement des dacryocystites.

Tous cependant ne partagèrent pas ces idées, et lorsque la période bactériologique eut montré que les infections microbiennes jouaient un rôle dans la pathogénie des dacryocystites, on songea à modifier l'état de la muqueuse lacrymale par l'emploi des diverses solutions antiseptiques. Néanmoins, l'obstruction reste toujours un de ces éléments essentiels de l'éclosion des accidents du côté des voies lacrymales. L'infection est le point de départ des accidents consécutifs. « L'inflammation, disait Desmarres, nous paraît jouer le rôle principal, mais une fois développée, les valvules du sac deviennent tout naturellement les agents du rétrécissement et de l'obstruction complète ».

Tous les auteurs qui ont écrit sur la question, même de nos jours, accordent aussi à l'infection une part importante à l'origine. Cependant, à leurs yeux, c'est encore le rétrécissement et l'oblitération consécutive des voies lacrymales qui provoque tous les accidents.

Dans un travail, encore inédit, sur la chirurgie des voies lacrymales, le docteur Aubaret, qui s'occupe depuis un certain temps de ces questions, prétend que cette conception mérite d'être modifiée.

L'infection joue un rôle prépondérant au début comme à la fin, et tous les accidents qui surviennent au cours de l'évolution des dacryocystites sont le résultat ou d'infections primitives ou d'infections surajoutées.

Cette nouvelle conception, qui nous semble juste, nous permet déjà de tracer la voie au chirurgien. Dans toute dacryocystite, il doit avant tout poursuivre l'infection dont les voies lacrymales sont le siège au début comme pendant l'évolution de la maladie.

Aussi, pour juger sainement des méthodes que nous avons énumérées plus haut, il ne faut donc pas s'occuper de savoir si elles ont pour effet d'établir une voie artificielle aux larmes, de restaurer la fonction lacrymale supprimée, d'agir avec efficacité contre un rétrécissement, contre des oblitérations qui ne sont après tout que des lésions anatomo-pathologiques secondaires.

Mais il s'agit, au contraire, de savoir dans quelle mesure ces méthodes ont agi avec efficacité contre les infections lacrymales, dans quelle mesure elles ont pu en atténuer les effets, et enfin de quelle manière elles seront parvenues à prévenir les complications graves qui font partie de l'évolution naturelle des dacryocystites, lorsqu'elles sont livrées à elles-mêmes.

---

## CHAPITRE III

**Raisons qui doivent faire reprendre la cure des dacryocystites par l'abouchement des voies lacrymales aux fosses nasales par une voie artificielle.**

Les raisons qui doivent faire songer à une méthode conservatrice intermédiaire placée entre la méthode du cathétérisme et celles qui ont pour but de détruire complètement les voies lacrymales sont nombreuses.

Nous ne voulons pas discuter ici tous les divers procédés qui ont été employés. Parmi les procédés conservateurs, les cathétérismes sont certainement les procédés les plus efficaces dans un grand nombre de cas. Ils sont faciles à réaliser et offrent peu d'inconvénients. Cependant, il faut reconnaître qu'il est de nombreux cas où ils sont inutiles et la plupart des oculistes sont d'accord sur ce point. Il faut user de la méthode avec modération, et dès qu'on s'aperçoit que son emploi n'est pas suivi d'une amélioration manifeste, il faut y renoncer. Mais, sur ce point, il semble que la conduite nouvelle des chirurgiens ait obéi à des tendances diamétralement opposées. Devant les insuccès du cathétérisme, ils n'hésitent pas à prendre le parti radical de détruire à tout jamais les voies lacrymales. Les uns sont restés fidèles au cautère, comme aux temps antiques ; les autres ont choisi l'instrument tranchant et extirpent le sac lacrymal.

Ainsi donc, alors qu'il y a quelques années à peine, on pouvait à juste titre incriminer les abus de la méthode Anel-Bowmann, dans ces derniers temps il semble que l'on soit tombé

dans un excès opposé, en détruisant les voies lacrymales, soit par le fer, soit par le feu.

Or, ce n'est pas là, il va sans dire, l'idéal d'une chirurgie vraiment féconde. Il est certain que l'amputation des membres est un procédé thérapeutique qui, dans certains cas, est de toute nécessité, mais la véritable chirurgie ne consiste pas à amputer et à détruire les organes. Son but doit être de rétablir l'organe dans sa fonction primitive, en le conservant autant que possible dans toute son intégrité.

Si nous nous élevons, avec MM. Lagrange et Aubaret, contre la tendance par trop générale aujourd'hui de détruire radicalement les voies lacrymales, ce n'est pas parce que ces procédés opératoires renferment l'aveu implicite de l'impuissance de les guérir, mais c'est surtout contre l'excès de l'emploi de ces méthodes. Nous reconnaissons d'ailleurs qu'elles peuvent être justifiées dans bien des cas, mais non dans tous ceux où on les emploie aujourd'hui.

Lorsque nous aurons énuméré les résultats obtenus par le procédé qui va suivre, nous serons plus affirmatif. Pour l'instant, nous essaierons de fournir les indications rationnelles de ce procédé.

« Il nous est facile, dit le docteur Aubaret, d'établir un parallélisme entre les infections du sac et les infections sinusiennes. Cela nous a conduit à traiter la dacryocystite comme une sinusite et à pratiquer, après l'ablation et la destruction du sac et du canal nasal, une ouverture à travers la paroi osseuse. Nous voulons réaliser pour la dacryocystite ce qu'ont fait Caldwell-Luc pour la sinusite maxillaire et Hoxton-Luc pour la sinusite frontale ».

Ce rapprochement est d'autant plus logique que déjà, en 1904, M. Joly, dans sa thèse inaugurale, a essayé d'ébaucher une étude des dacryocystites correspondant aux diverses formes d'affections nasales. Dans cet écrit, il signale qu'il serait nécessaire de recueillir des documents étiologiques au sujet des différentes variétés de dacryocystites. Ces documents sont aujourd'hui fort nombreux. Et on peut affirmer que les dacryo-

cystites se développent suivant un mode pathogénique entièrement analogue à celui des sinusites.

Or, depuis quelques années, la conduite que les chirurgiens doivent tenir à l'égard des infections de toutes les cavités osseuses de la face s'est orientée dans une voie rationnelle et féconde. On peut formuler ainsi les quelques principes qui doivent inspirer désormais cette chirurgie : Toutes les fois qu'une cavité du massif osseux central se trouve infectée, il importe, avant tout, d'en assurer le drainage et, par ce drainage, il faut donner aux produits infectieux une issue large, durable, qui permette à la suppuration de se tarir et d'obtenir la guérison. Si l'on veut se rendre compte de l'efficacité de tous les moyens d'action qui ont été dirigés contre les cavités sinusiennes et contre les dacryocystites, on verra facilement qu'ils ont eu d'autant plus de résultats qu'ils ont déterminé un drainage plus facile et plus durable.

Mais, pour assurer ce drainage, il est souvent nécessaire de pratiquer un curetage plus ou moins étendu de la cavité enflammée, pour enlever tous les obstacles susceptibles de s'opposer à ce drainage facile. Dans le cas de sinusite, certains chirurgiens en sont arrivés à pratiquer le curetage total, c'est-à-dire la destruction complète de toute la muqueuse enflammée de la cavité sinusienne. Il en a été de même pour la dacryocystite. Certains chirurgiens pensent qu'il faut, dans bien des cas, cureter et au besoin détruire en totalité la muqueuse des voies lacrymales.

Mais cette dernière indication ne peut être qu'exceptionnelle, et si l'on parvient par un drainage suffisant à assurer l'élimination des produits infectieux, on peut avoir l'espoir de conserver plus souvent la muqueuse des voies lacrymales.

Or, dans le cas particulier des dacryocystites, on peut songer, pour établir un drainage, soit à désobstruer la voie naturelle, c'est-à-dire le canal nasal, soit à créer une voie artificielle aux larmes.

Lorsque M. Aubaret, il y a quelques années, a préconisé son procédé de cure radicale des dacryocystites d'origine nasale, il

pratiquait tout d'abord la destruction du sac lacrymal ce qui représentait un enretage total et ensuite, pour assurer un large drainage, il effondrait la gouttière lacrymo-nasale. Ce procédé était un procédé radical qui avait l'inconvénient de détruire définitivement les voies lacrymales.

On pourrait donc se demander si en pratiquant un large drainage du côté des fosses nasales, tout en conservant les voies lacrymales dans leur intégrité, il ne serait pas possible d'obtenir des résultats plus avantageux.

M. Totti (de Florence), quelque temps après le travail de M. Aubaret, a eu l'idée de remettre en honneur cette méthode conservatrice.

Le but que poursuit ce dernier est de faire une communication facile et permanente entre le sac et l'extrémité antérieure du méat moyen qui, supprimant la stagnation, doit amener « le tarissement des suppurations du sac lui-même et, par conséquent, la guérison définitive de ces dilatations et de ces fistules cutanées ».

M. Totti ajoute que « toutes les tentatives analogues faites auparavant dans le but de créer une communication large, facile, courte, directe et permanente entre le sac et le nez, devaient fatalement échouer pour les raisons suivantes :

» 1° Parce que, un accès facile, court, direct et assez large à la région antérieure du méat moyen, ne peut s'obtenir qu'après résection, non seulement de la portion d'apophyse frontale du maxillaire qui constitue une bonne partie de la gouttière lacrymale, mais aussi de la portion limitrophe du rebord orbital ;

» 2° Parce que la pénétration directe à travers l'os lacrymal amène le plus souvent dans une cellule rétro-unguéale ou dans la voûte étroite produite par l'insertion de l'extrémité antérieure du cornet moyen, ou dans l'*hiatus semi-lunaris*, ou dans la cavité du cornet moyen, ou dans une bulle de ce même cornet, dans une *bullæ ethmoidalis* un peu développée ;

3° Parce que la partie antérieure du méat moyen est le siège très fréquent et plus facilement encore chez les individus

atteints de dacryocystite chronique, de différentes altérations (hypertrophies de la muqueuse, des lèvres de l'hiatus, polypes, bourrelets hypertrophiques du tuberculum de la cloison sans compter ses fréquentes déviations) qui contribuent si souvent à en rétrécir ou oblitérer la cavité ».

Voici les traits fondamentaux de sa méthode :

« 1° S'assurer d'avance non seulement de l'intégrité, mais aussi de l'ampleur suffisante de la région de l'extrémité antérieure du méat moyen.

» 2° Inciser les parties molles, périoste compris, concentriquement et à quelques millimètres de distance du rebord orbitaire interne; à la hauteur de l'angle interne de l'œil, l'incision sera tenue même un peu plus vers l'intérieur; par exemple, elle passera à peu près à distance égale de l'angle interne de l'œil et de la ligne médiane du dos nasal.

» 3° Décoller le périoste de l'apophyse montante et de la crête antérieure de la gouttière lacrymale; écarter en dehors le lambeau renfermant le tendon de l'orbiculaire; réséquer obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans l'apophyse montante du maxillaire supérieur, avec la partie du rebord orbitaire interne qui forme la crête antérieure de la gouttière, puis le fond de la gouttière et la crête postérieure, jusqu'à découvrir, mais sans la perforer, la face profonde de la muqueuse nasale dans toute l'étendue de la résection osseuse.

» 4° Réséquer un rond ou mieux un ovale disposé en sens longitudinal de la paroi interne du sac.

» 5° Réséquer une portion de muqueuse nasale de dimensions égales ou peut-être même de dimensions un peu supérieures et dans une situation exactement correspondante à la perte de substance chirurgicale faite dans la paroi postérieure du sac.

» 6° Ne pas s'occuper du canal nasal. La suppression de sa fonction doit fatalement l'oblitérer.

» 7° Suturer immédiatement la plaie cutanée, en attachant beaucoup d'importance à ce que la cicatrisation se fasse *per primam*.

» 8° Tamponner légèrement l'extrémité antérieure du méat

moyen avec de la gaze iodoformée destinée à être enlevée par la narine sans être renouvelée ».

M. Totti a publié un autre article sur ce sujet dans lequel il rapporte les résultats obtenus dans les sept premiers cas opérés.

A l'heure actuelle, il résulte d'une correspondance qu'il a eue avec le D<sup>r</sup> Aubaret, que sur 32 cas, « il n'a eu qu'un enfant de 3 ans qu'il n'a pas pu guérir, croit-il, parce qu'il a eu une ethmoïdite muco-purulente qui réinfecte le champ opératoire ».

Il ajoute que chez ses opérés, il s'inquiète peu de l'état de la perméabilité lacrymale, car « la persistance de la perméabilité n'est pas condition indispensable de la persistance de la guérison ».

Les résultats de M. Totti peuvent donc être rapprochés de ceux que nous allons signaler dans nos observations.

Le premier résultat de la méthode est d'assurer la guérison de la dacryocystite par un drainage suffisant. Il s'agit de savoir si elle pourra parvenir à rétablir d'une manière durable la perméabilité des voies lacrymales, condition sinon indispensable, du moins très fréquemment nécessaire pour supprimer le larmoiement chronique qui incommodé si souvent les sujets atteints de dacryocystites. C'est surtout ce point délicat de la méthode que nous avons essayé d'étudier dans les diverses tentatives qui ont été faites par MM. Aubaret et Lagrange sur les malades qu'ils ont eus à traiter.

Nous allons aborder ce sujet dans le chapitre suivant, en rapportant les observations qui ont été publiées et les nouveaux faits observés sur ce cas.

## CHAPITRE IV

### Procédé employé.

Le procédé qui a été employé dans les observations qui vont suivre a été le suivant :

1° Tout d'abord, par une incision analogue à celle que l'on emploie pour l'extirpation du sac lacrymal, on aborde le sac, au niveau de sa paroi interne et on sépare cette paroi de la gouttière de l'unguis. Ce temps a une importance primordiale au point de vue de la bonne exécution de l'intervention. En effet, alors que les anciens auteurs ouvraient tout d'abord le sac et transfixaient seulement l'unguis en intéressant la muqueuse du sac, la paroi osseuse et ensuite la muqueuse nasale, dans le procédé actuel, le sac est tout d'abord ruginé de la gouttière lacrymale. Cette dernière mise à nu sur toute son étendue, il est facile de pratiquer sa résection d'une façon plus convenable.

2° La résection de la paroi osseuse doit être faite à l'aide d'un petit ciseau analogue à celui de Stacke. Mais, alors qu'il est facile d'effondrer la lame antérieure mince et fragile de l'unguis, il est difficile de réséquer la lame postérieure de l'apophyse orbitaire du cil axillaire supérieur. Il faut faire une brèche osseuse le plus large possible intéressant toute la gouttière, et au besoin la paroi interne du canal nasal.

3° Cela fait, il suffit de réséquer au ciseau toute la paroi interne du sac lacrymal.

4° On n'a plus qu'à mettre en contact l'orifice osseux avec l'orifice artificiel du sac et à suturer la plaie cutanée.

*Difficultés opératoires.* — 1° Hémorragie : après avoir fait l'incision cutanée, le bistouri peut avoir intéressé l'artère ou l'une des veines angulaires. Si l'incision a porté en bon lieu,

comme l'a indiqué M. Aubaret, au niveau de l'insertion du ligament interne des paupières, l'angulaire sera rarement intéressée. D'ailleurs il suffit, pour arrêter cette hémorragie, d'exercer une compression légère sur la région de la joue correspondant à la fosse sous-orbitaire. Cette hémorragie empêche rarement du reste de reconnaître le ligament palpébral interne, de découvrir et de séparer la paroi interne du sac.

2° On peut avoir à opérer des sacs dilatés ou des sacs très peu dilatés. Dans le cas de distension accusée du sac, rien n'est plus facile que de réséquer une large étendue de sa paroi interne. Le temps opératoire est simplifié. Dans le cas de sac peu distendu, sa découverte est plus délicate et quelquefois il est difficile d'apprécier les limites de sa paroi interne. Il faut donc, lorsqu'on décolle le périoste de la gouttière lacrymale, se servir de cette gouttière comme point de repère pour réséquer la portion du sac que l'on vient de décoller. Si nous insistons sur ces détails, c'est qu'il est pratiquement assez délicat de faire une brèche sacculaire exactement correspondante à la brèche osseuse. Or, comme déjà cette brèche osseuse a tendance à se combler par le bourgeonnement de la pituitaire, il est indispensable de ne pas laisser dans le champ de cet orifice un lambeau de muqueuse du sac.

3° Il reste à préciser certains détails sur le mode de destruction de la portion pituitaire correspondant à la brèche osseuse. En effondrant la gouttière lacrymale, on déchire la muqueuse nasale. On se trouve donc en présence de lambeaux qui peuvent flotter et reboucher l'orifice osseux. Il faut donc avoir soin, avec une curette bien tranchante, de cureter méthodiquement la bordure nasale de l'orifice osseux et d'enlever tous les lambeaux de muqueuse pituitaire susceptibles de s'y appliquer de nouveau et de l'obturer.

Nous ne serions pas étonné que dans les cas où la perméabilité lacrymale a été rapidement détruite, ce point de technique opératoire n'eût pas été minutieusement observé.

Nous allons maintenant citer les observations que nous avons recueillies sur ce sujet.

## CHAPITRE V

### Observations et résultats obtenus.

#### OBSERVATION I

Due à l'obligeance de MM. LAGRANGE et AUBARET.

P. E..., 60 ans, cultivateur. Entre à la clinique de l'hôpital Saint-André avec une ectasie du sac lacrymal ayant les dimensions d'une petite noisette s'étant vidée à la pression pendant un certain temps dans le nez. Depuis un mois, l'ectasie du sac reste stationnaire. Le cathétérisme n'amène pas d'amélioration. Le contenu muco-purulent du sac reflue vers la conjonctive.

Le 4 octobre 1906, M. Lagrange pratique l'intervention sus-indiquée sous chloroforme. Les divers temps opératoires sont exécutés avec une extrême facilité : dissection de la paroi interne du sac : effondrement de la partie inférieure de la gouttière de l'unguis : curetage de l'orifice artificiel. Excision d'une portion ayant environ 8 millimètres de diamètre, de la paroi interne du sac dans la partie correspondante de l'orifice osseux.

Ce qui rend faciles les manœuvres, c'est la compression par l'aide des branches terminales de la faciale sur le plan osseux résistant de la fosse sous-orbitaire. Suites opératoires extrêmement simples. La plaie des téguments se ferme par première intention.

6 octobre 1906 : Premier pansement ; pas la moindre tuméfaction ; le sac est complètement affaissé. En comparant le côté opéré avec le côté sain, la symétrie est déjà parfaite.

8 octobre : Deuxième pansement : réunion complète de la plaie.

10 octobre : Enlèvement des sutures.

12 octobre : Tout pansement est enlevé. Injection par le canalicule. Perméabilité parfaite.

16 octobre : Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

20 novembre 1906 : La perméabilité vérifiée par l'injection est toujours parfaite.

## OBSERVATION II

Due à l'obligeance de MM. LAGRANGE et AUBARET.

W. Y..., 60 ans, sans profession.

Tumeur lacrymale ayant les dimensions d'une noisette.

Cathétérisme sans résultats.

29 octobre 1906 : Abouchement du sac avec le méat moyen.

31 octobre : Premier pansement. La plaie est légèrement tuméfiée.

Les points de suture présentent un peu de tuméfaction.

2 novembre : Légère suppuration des deux sutures.

4 novembre : La réunion de la plaie se produit néanmoins très rapidement.

6 novembre : Cicatrisation complète, mais l'injection des voies lacrymales permet de constater que l'orifice nasal est obstrué.

Nous avons aussitôt désobstrué facilement la voie artificielle, mais nous n'avons pu suivre cette malade. Quelque temps après l'avoir perdue de vue, nous avons appris que, un mois plus tard, un confrère avait été obligé de pratiquer la désobstruction du sac au cautère.

## OBSERVATION III

Due à l'obligeance de MM. LAGRANGE et AUBARET.

L. V..., 67 ans, sans profession.

Larmolement chronique depuis un an : dacryocystite avec ectasie légère du sac et reflux muco-purulent. Echec complet des cathétérismes répétés.

10 novembre 1901 : Emploi de l'anesthésie cocaïnique. L'intervention est pratiquée à l'hôpital Saint-André par MM. Aubaret et Lafon,

chef de clinique du professeur Badal. Elle est exécutée avec rapidité et sans le moindre accident.

Suites opératoires excellentes : la cicatrisation de la plaie opératoire a lieu en quatre jours.

Le sixième jour, on peut enlever tout pansement.

Le 20 novembre, nous constatons que la perméabilité lacrymale semble diminuée. Nous passons une sonde facilement par l'orifice de communication. Le lendemain, la malade quitte l'hôpital.

#### OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de MM. LAGRANGE et AUBARET.

M. P..., 33 ans, se présente le 1<sup>er</sup> décembre 1906 à la consultation du Bureau de bienfaisance. Tumeur lacrymale datant de quelques mois. Durant plusieurs semaines, la pression permet d'en évacuer le contenu du côté du nez. Depuis une huitaine de jours, la tumeur devient un peu douloureuse ; elle ne peut s'évacuer par le nez, son contenu est resté riche en mucus. Du côté du nez, léger coryza chronique.

Le 7 décembre 1906, M. Aubaret pratique, sous chloroforme, l'opération sus-indiquée. L'opération s'accomplit sans incident, l'hémostasie est parfaite. La brèche unguéale est faite sur une étendue de 1 centimètre carré. La muqueuse nasale est largement détruite à la curette. Le sac distendu permet de faire un large orifice correspondant au niveau de sa paroi interne.

Suites opératoires des plus simples : réunion par première intention de la plaie. La tumeur lacrymale est très réduite.

22 décembre : Perméabilité parfaite à l'injection et à la sonde.

8 janvier 1907 : La malade se plaint d'un léger larmolement, mais la perméabilité lacrymale se maintient.

20 janvier 1907 : L'injection passe difficilement par le nez. La sonde passe facilement non seulement par l'orifice artificiel, mais encore par le canal nasal.

1<sup>er</sup> février 1907 : L'injection passe difficilement, mais le cathétérisme des deux voies naturelle et artificielle est des plus aisé.

Mars 1907 : L'injection passe bien. Nous jugeons inutile de sonder.

Avril 1907 : La guérison se maintient.

OBSERVATION V ( inédite ).

Due à l'obligeance de M. le Dr AUBARET.

Veuve B..., 56 ans, lingère, se présente à la clinique du Bureau de bienfaisance le 11 mai 1907, atteinte de dacryoscystite chronique avec ectasie légère du sac et reflux muco-purulent O D. Elle présente un larmolement depuis seize ans. Au début de son affection, elle est traitée par le docteur Puech par la méthode de Anel-Bowmann. Pendant seize ans elle subit à diverses reprises des séances de cathétérisme sans être améliorée.

Le 11 juin 1907, le docteur Aubaret pratique à l'aide de l'anesthésie cocaïnique l'abouchement du sac avec les fosses nasales. La paroi interne du sac est facilement séparée de la gouttière, l'hémostase est aisée. Résection de la gouttière et de la paroi correspondante du sac lacrymal.

Suites opératoires : Le sac ectasié s'affaisse. Plus de reflux muco-purulent. La perméabilité lacrymale persiste jusqu'au 8 juillet. Elle est rétablie par l'introduction d'une sonde de Bowmann à travers l'orifice artificiel, mais elle disparaît les jours suivants. La malade présente un larmolement incoercible, mais son sac n'est plus ectasié et ne rejette plus de muco-pus à la pression.

OBSERVATION VI ( inédite ).

Due à l'obligeance de M. le Dr AUBARET.

A. T..., 45 ans, pâtissier, se présente à la clinique du Bureau de bienfaisance le 20 avril pour un abcès pré-lacrymal. Depuis cinq ans, ce malade présente du larmolement. Il y a six mois, premier abcès du sac qui laisse un trajet fistuleux qui s'affaisse et que le malade conserve. Deux mois après, nouveau phlegmon ayant un caractère érysipélateux qui guérit de la même manière laissant un trajet fistuleux.

Enfin, il y a trois semaines, nouvel abcès pré-lacrymal qui le décide à consulter un spécialiste. L'abcès incisé dès le premier examen laisse un petit trajet fistuleux.

L'examen des fosses nasales montre des lésions accentuées de coryza atrophique avec ozène. La pituitaire est complètement dégénérée, couverte de croûtes nombreuses et exhale une odeur caractéristique. Durant deux semaines, ce malade est cathétérisé. La fistule persiste. Le cathétérisme est rendu très difficile par suite de l'étroitesse du canal nasal. Ce malade est envoyé à l'hôpital Saint-André dans le service du professeur Badal pour y subir une intervention.

Cette dernière est pratiquée le 10 juin 1907 sous chloroforme. Le sac est mis à découvert difficilement parce que sa distension est très légère, néanmoins la gouttière lacrymale est facilement dénudée et une large portion en est réséquée. Du côté du sac, la brèche est étendue, car la paroi interne du sac est difficile à limiter. L'opération se termine sans incident.

Guérison rapide. Le trajet fistuleux, déjà très rétréci, disparaît complètement. Les jours suivants, la perméabilité lacrymale persiste. Le malade ne présente plus de larmolement. Le 10 juillet, les injections passent toujours.

#### OBSERVATION VII ( inédite ).

Due à l'obligeance de M. le Dr AUBARET.

M<sup>me</sup> P..., 53 ans, vient à la consultation du Bureau de bienfaisance, le 1<sup>er</sup> mai 1907.

Elle présente une dacryocystite avec distension accusée du sac du côté droit et reflux franchement purulent. Depuis plusieurs mois, elle a de la conjonctive chronique. Cette affection lacrymale est de date très ancienne. La malade ne peut en préciser le début.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier, à part un affaiblissement de l'ouïe des plus accusés, dû à une otite scléreuse. Traitée depuis le 1<sup>er</sup> mai, tour à tour par les cathétérismes et les injections, le contenu du sac reste toujours purulent et ne subit aucune modification. Dans ce cas, on décide de pratiquer l'abouchement du sac au méat moyen.

L'intervention a lieu le 25 mai. La malade est simplement anesthésiée à la cocaïne. Le sac distendu est facilement trouvé et sa paroi interne

séparée de la gouttière lacrymale. Cette dernière est effondrée sur toute son étendue, et après résection de la paroi correspondante du sac, les deux orifices osseux et sacculaires sont mis en contact.

Suites opératoires : Guérison par première intention. La suppuration disparaît brusquement ou du moins s'élimine par la voie nouvelle.

De temps à autre, des injections pratiquées par le point lacrymal inférieur montrent que cette voie est restée perméable.

La malade, vue le 10 juillet, est dans le même état.

RÉSULTATS. — Les résultats obtenus dans cette première série de malades méritent d'être discutés.

Tout d'abord, dans tous les cas, on peut dire que l'intervention a amélioré la dacryocystite. Dans les cas même où l'ectasie du sac était considérable, le sac lacrymal s'est affaissé d'une manière caractéristique. On pourra objecter que cet affaissement est dû à ce que l'on résèque une partie relativement considérable de sa paroi, et, par suite de la cicatrisation, le volume de la cavité se trouve considérablement réduit. On sait, d'ailleurs, qu'une méthode de traitement de la dacryocystite est basée sur ces résections partielles du sac lacrymal. Mais, dans le cas particulier, nous ne pensons pas que ce soit là la seule raison d'amélioration rapide de la dacryocystite. Il est certain que le large drainage établi est pour une part considérable dans l'amélioration consécutive rapide de la muqueuse du sac.

Nous croyons donc que, sur ce point, le résultat n'est pas douteux, et en cela nous sommes pleinement de l'avis de Totti, lorsqu'il déclare que, chez tous ces malades, il a eu des résultats immédiats des plus satisfaisants.

Il s'agit maintenant de discuter le point délicat relatif à la perméabilité lacrymale. Nous parlerons ici exclusivement de la perméabilité, car nous laisserons de côté la question du larmolement qui peut en être la conséquence naturelle, mais qui, dans beaucoup de cas, peut manquer.

La perméabilité lacrymale doit être vérifiée à l'injection, car

il n'est pas douteux que, par les canalicules, on peut le plus souvent faire pénétrer une injection dans le sac. Or, cette perméabilité n'est pas constante. Et, dans tous les cas où elle a été observée, quelques mois après l'intervention, nous n'oserions affirmer qu'elle soit définitive. Dans certaines observations, où elle a fini par disparaître, il a été facile de la rétablir par la voie artificielle. Mais nous attirerons l'attention sur un autre fait intéressant.

Dans certains cas, il a été possible de la rétablir par la voie naturelle elle-même qui, n'ayant pas été détruite par l'intervention, a pu, grâce à l'amélioration de la muqueuse du sac, reparaître au niveau du canal nasal lui-même.

Il y aurait donc, même à ce point de vue, tout avantage à perfectionner cette méthode conservatrice, puisqu'elle n'enlève pas tout espoir de voir se rétablir la perméabilité physiologique du canal nasal lui-même.

On a tout à gagner et rien à perdre, en matière de voie lacrymale, à être conservateur.

---

## CONCLUSIONS

---

De notre travail, nous tirerons les conclusions pratiques suivantes :

1° Le traitement des affections des voies lacrymales par la création d'une voie artificielle aux larmes remonte seulement au XVIII<sup>e</sup> siècle. Les Anciens avaient surtout pour but de détruire le sac et de déterminer à travers l'unguis une voie pour les produits de suppuration qui relevaient de la carie. Ils ouvraient un abcès.

2° Les tentatives d'abouchement du sac avec les fosses nasales, par les méthodes du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle, bien qu'elles aient permis d'améliorer de nombreuses dacryocystites, ne purent rivaliser avec le succès de la méthode Anel-Bowman.

3° Aujourd'hui, la thérapeutique des voies lacrymales est devenue éclectique. La méthode d'Anel-Bowman est sensiblement réduite au profit d'une chirurgie plus radicale et plus destructive qui consiste à cautériser ou à extirper le sac.

4° Entre ces tendances opposées de la chirurgie contemporaine, il y a place pour une méthode moins radicale, qui, considérant le sac comme une cavité sinusienne infectée, le traite par l'établissement d'une voie de drainage large vers les fosses

nasales à travers la gouttière et la paroi interne du canal nasal, méthode qui n'enlève pas l'espoir du retour vers la perméabilité lacrymale.

Les premiers résultats de cette méthode obtenus à Florence et à Bordeaux sont des plus encourageants.

VU BON A IMPRIMER :  
*Le Président de la thèse,*  
D<sup>r</sup> BADAL.

VU : *le Doyen,*  
A. PITRES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Bordeaux, le 11 juillet 1907.  
*Pour le Recteur de l'Académie,*  
*Le Doyen délégué,*  
A. PITRES.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

1724. PLATNER. — Diss. de fistula lacrymale.
1740. MAITRE-JEAN. — Traité des maladies de l'œil, chap. V.
1748. NANNONI. — Dissertazione chirurgiche della fistula lacrimale. Parigi, in-4°.
1753. LOUIS. — Réflexions sur l'opération de la fistule lacrymale.
1757. SAINT-YVES (de). — Nouveau Traité des maladies des yeux.
1760. HEISTER. — Institutions de chirurgie (t. II, chap. LIV).
1776. LOUIS. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, p. 193.
1801. DESAUTL. — Sur l'opération de la fistule lacrymale. OEuvres chir., II, p. 119.
1820. NICOD. — Mémoires sur la fistule lacrymale.
1823. TALRICH. — Description du perforateur lacrymal, instrument propre à la guérison de la tumeur et de la fist. lacrym. *Journ. du dict. complet des sciences méd.*, XV.
1834. LAUGIER. — Sur le traitement de la fist. lacrymale.
1835. MALGAIGNE. — Quel traitement doit-on préférer pour la fist. lacrymale ? Thèse pour l'agrégation en chirurgie. Paris, in-4°.
1836. MONTAIN. — De l'emploi du trépan perforatif de l'opération de la fistule lacrymale. *Gaz. méd.*, p. 692.
1844. PAYAU. — Histoire, traitement et guérison de la fistule lacrymale. *Gaz. des Hôp.*, n. 35.
- ROGNETTI. — Traitement de la fistule lacrymale.
1842. GERDY. — Nouveau traitement de la fistule lacrymale. *Ann. de thérapeutique*, juin.

1844. KERST. — Perforation de la branche frontale de l'os maxillaire. Mélanges chirurg. Utrecht.
1845. GUÉPIN. — Du traitement de la tumeur et de la fist. lacrym. *Ann. d'oculist.*, XIV, p. 217.
1845. SCARPA. — Traité des maladies de l'œil.
1847. BOUISSON. — Du traitement chirurgical de la fistule lacrymale. *Journ. de la Soc. de méd. de Montpellier et Ann. d'ocul.*, XVII, p. 46.
- GERDY. — De la formation d'un canal artificiel dans les cas d'oblitération du canal nasal. *Journ. des connaiss. médico-chirurg.* et *Ann. d'ocul.*, XVII, p. 65.
1848. REYBARD. — Nouveau procédé pour l'opération de la fistule lacrymale. *Revue médico-chirurg. et Ann. d'ocul.*, XIX, p. 235.
1852. TAVIGNOT. — A quelle époque de la maladie faut-il opérer la tumeur lacrymale? *Gaz. des Hôp.*, n. 55 et *Ann. d'ocul.*, XXXIII, p. 239.
1853. MALAGO. — Traitement de la tumeur lacrymale par la cautérisation du sac. *Giornale Veneto di sc. mediche et Ann. d'ocul.*, XXXIV, p. 259.
1854. DEMARQUAY. — Sur le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale par la trépanation de l'os unguis. *Union méd.*, n. 148 et *Ann. d'ocul.*, XXXI, p. 86.
- REYBARD. — De l'opération de la fistule lacrymale. *Ann. d'ocul.*, XXXVII, p. 43.
1856. COSTES. — Considérations hist. et crit. sur le traitement de la fistule lacrymale. *Journ. de méd. de Bordeaux et Ann. d'ocul.*, XLIII, p. 132.
- DEBOUT. — De la trépanation de l'os unguis dans les cas de fistules lacrymales. *Bull. de thérapeut.*, 15 avril.
1858. DEMARQUAY. — De la trépanation de l'os unguis contre la tumeur et la fistule lacrymales. *Union méd.*, n. 99.
1860. FOLTZ. — Nouvel instrument pour la perforation de la fistule lacrymale. Lyon, in-8, p. 13.
1860. HEISTER. — Institution de chirurgie, II, ch. LIV.
1861. GALLET. — Tumeur lacrymale double. Trépanation de l'os unguis. *Gaz. des hôpitaux*, n. 61.

1863. BLOT. — Traitement des affections des voies lacrymales. *Gaz. médic.*, Paris, n. 14.
- REYBARD. — Nouvelles considérations thérapeutiques et pratiques sur la tumeur et la fistule lacrymale. *Th. médic.*, p. 139, et *Ann. d'oculist.*, LI, p. 55.
1864. FOLLIN. — Du traitement actuel des maladies des voies lacrymales. *Arch. gén. de méd.*, II, p. 340.
1865. FOLTZ. — Observations pratiques sur le traitement des tumeurs et fistules lacrymales par la perforation de la gouttière lacrymale à l'aide d'un emporte-pièce. *Ann. d'oculist.*, LIII, p. 136.
1866. GIRAUD-TEULON. — Tumeur du sac lacrymal devenue fistuleuse et opérée suivant la méthode de Foltz. *Gaz. des hôpitaux*, p. 363, et *Ann. d'oculist.*, LV, p. 169.
1867. BONOMI. — Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale. *Ann. universit.*, p. 318).
1868. WOELHER. — Trepanation des Thränenbein's bei Behandlung des Thränenfistel. *Wien. medic. Zeitung*, n. 40 et 41.
1904. AUBARET. — La cure radicale des dacryocystites d'origine nasale. *Ann. d'oculist.*, CXXXII.
- TOTI. — La Dacriocistorinostomia come cura radicale conservatrice delle suppurazioni gravi e delle fistole del sacco lacrimale. Risultati ottenuti nei primi sette casi operati. *Policlinico*, vol. XI-C.





